



ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการและคุณภาพชีวิต  
ของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง  
Fatigue Symptom Experience, Symptom Management and Quality of Life  
Among Family Caregivers of Persons With Traumatic Brain Injury

ปิยะพร พรหมแก้ว  
Piyaporn Promkaew

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the  
Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)  
Prince of Songkla University  
2561  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์      ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการและคุณภาพชีวิต  
 ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน  
 ผู้เขียน              นางสาวปิยะพร พรหมแก้ว  
 สาขาวิชา              พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

---

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

**คณะกรรมการสอบ**

.....ประธานกรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)      (รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม**

.....กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)

.....กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)      (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ)

.....กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย)

.....กรรมการ  
 (ดร.รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
 ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....  
 (ศาสตราจารย์ ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้างู่งสูง)  
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนร่วมช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....  
(นางสาวปิยะพร พรหมแก้ว)  
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลการศึกษาไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นอนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวปิยะพร พรหมแก้ว)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการและคุณภาพชีวิต ของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง
ผู้เขียน	นางสาวปิยะพร พรหมแก้ว
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2560

### บทคัดย่อ

อาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้ในญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ญาติผู้ดูแลจึงต้องหาวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับอาการเหนื่อยล้า วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า และระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง โดยศึกษาจากญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองในชุมชนจังหวัดภาคใต้ตอนบน เลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามคุณสมบัติที่กำหนด 140 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง (2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บสมอง (3) แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง (4) แบบประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง และ (5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง (Short Form (SF)-36 Health Survey) ประเมินคุณภาพของทุกเครื่องมือด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .76 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า :

1. อาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M= 5.31$ ,  $SD= 0.54$ ) เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า ความเหนื่อยล้าด้านการรับรู้/เจตคติอยู่ในระดับมาก ( $M= 7.72$ ,  $SD= 0.82$ ) ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ( $M= 5.63$ ,  $SD= 0.78$ ) และด้านความรู้สึก ( $M= 5.50$ ,  $SD= 1.60$ ) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญาและอารมณ์อยู่ในระดับเล็กน้อย ( $M= 2.84$ ,  $SD= 0.76$ )

2. ญาติผู้ดูแลทุกคนมีวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยการไม่ใช้ยา ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย และด้านจิตใจและอารมณ์โดยวิธีที่แตกต่างกัน วิธีกรที่นิยมใช้มากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ (1) การนอนหลับพักผ่อน (ร้อยละ 49.30) (2) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 24.30) และ (3) การเบี่ยงเบนความสนใจ (ร้อยละ 21.42) โดยให้เหตุผลของการเลือกวิธีการจัดการอาการดังกล่าวว่าทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สดชื่น และบรรเทาอาการเหนื่อยล้า และประเมินผลลัพธ์ของวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าในภาพรวมอยู่ระดับปานกลางถึงมาก สำหรับการจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยการใช้ยาพบว่า มีจำนวนน้อยเพียงร้อยละ 3.60 ซึ่งใช้ในกรณีที่มีอาการเหนื่อยล้ามาก

3. คุณภาพชีวิตโดยรวม ( $M= 59.50$ ,  $SD= 6.76$ ) และรายด้านคือ ด้านร่างกาย ( $M= 60.66$ ,  $SD= 9.43$ ) และด้านจิตใจ ( $M= 57.93$ ,  $SD= 4.69$ ) อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในมิติการทำหน้าที่ทางกาย ( $M= 72.68$ ,  $SD= 1.51$ ) และคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในมิติบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย ( $M= 50.63$ ,  $SD= 1.80$ )

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพควรให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองเกี่ยวกับการรับรู้และการจัดการปัญหาสุขภาพกายและพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมอง เพื่อลดความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล และแนะนำการจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยวิธีการไม่ใช้ยาที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลขณะให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะยาว

**Thesis Title**      Fatigue Symptom Experience, Symptom Management and Quality of Life Among Family Caregivers of Persons With Traumatic Brain Injury

**Author**             Miss Piyaporn Promkaew

**Major Program**   Nursing Science (Adult Nursing)

**Academic Year**    2017

### ABSTRACT

Fatigue is a symptom commonly found in the family caregivers of persons with traumatic brain injury (TBI). They have to manage fatigue in order to maintain their quality of life (QoL). This study aimed to identify the level to fatigue, fatigue management strategies, and level of QoL in the family caregivers of persons with TBI. A sample of 140 caregivers living in a community of upper southern region of Thailand was purposively recruited. Data were collected using the a 5-part questionnaire including (1) Demographic Data of Family Caregivers of Persons with TBI, (2) TBI Patients Demographic Data, (3) Fatigue Symptom of Family caregivers of persons with TBI Questionnaire, (4) Fatigue Management Strategies Questionnaire, and (5) Quality of Life of Family Caregivers of Persons with TBI Questionnaire (Short Form (SF)-36 Health Survey). The questionnaires were examined for validity and reliability. The internal reliability using Cronbach's alpha coefficient of the Fatigue Symptoms of Family Caregivers of Persons with TBI Questionnaire and Quality of Life of Family caregivers of persons with TBI Questionnaire were .76 and .82 respectively. The descriptive statistics were analyzed.

The results were as follows:

1. The fatigue of family caregivers overall was at a moderate level ( $M= 5.31$ ,  $SD= 0.54$ ). When considering each dimension, the perception/attitude was at a high level ( $M= 7.72$ ,  $SD= 0.82$ ), the behavior/severity ( $M= 5.63$ ,  $SD= 0.78$ ) and the feeling ( $M= 5.50$ ,  $SD= 1.60$ ) were at moderate levels. However, the intelligence and emotion dimension was at a mild level ( $M=2.84$ ,  $SD=0.76$ ).

2. All family caregivers used non-medication management to reduce their fatigue consisting of physical and psychological/emotional care. The top three most commonly used fatigue managements were (1) sleep (49.30%), (2) exercise (24.30%), and (3) distraction (21.40%). The reasons for selecting those managements were relaxation, refreshing, and relief of fatigue. They evaluated the effectiveness of

fatigue management overall at a moderate to high level. The medication use was rare (3.60%) and used only when they felt worse fatigue.

3. The overall QoL ( $M=59.50$ ,  $SD=6.76$ ) and its dimensions including physical ( $M= 60.66$ ,  $SD= 9.43$ ) and mental dimension ( $M= 57.93$ ,  $SD= 4.69$ ), were at a moderate levels. Considering the item in each dimension, the highest score was for the physical function item ( $M= 72.68$ ,  $SD= 1.51$ ) and the lowest score was the limited role due to physical problem item ( $M= 50.63$ ,  $SD= 1.80$ ).

The results of this study indicate that health professionals should provide information to family caregivers of persons with TBI to manage the physical and behavioral problems in persons after TBI to reduce their anxiety and fatigue. In addition, they should be encouraged to use non-medication methods to manage their fatigue and maintain their QoL when providing long-term care for persons with TBI.



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา นาคะ ที่ถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษา และให้แนวคิดชี้แจงแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบความถูกต้อง และแก้ไขข้อบกพร่อง รวมถึงให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ด้วยดี เพื่อให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์เพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราชที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษา (ทุนอาจารย์) ในการศึกษาาระดับบัณฑิตศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้

ขอขอบคุณอาจารย์ปิยรัตน์ รอดแก้วที่ช่วยชี้แนะผู้วิจัยในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ที่กรุณาช่วยเหลือด้านข้อมูลต่างๆ และอำนวยความสะดวกให้ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้สำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่มีค่าสำหรับการศึกษาครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณบิดา มารดา คุณตา คุณยาย พี่สาว และน้องชายและครอบครัวของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจ ความรัก ความหวังโยมาโดยเสมอ ตลอดจนขอบคุณเพื่อนและผู้ให้การช่วยเหลือด้านอื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวนามไว้ในที่นี้ ที่มีส่วนร่วมทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดี

ปิยะพร พรหมแก้ว

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ (ภาษาไทย).....	(5)
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ).....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง .....	(12)
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	3
คำถามการวิจัย .....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	4
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง .....	8
มโนทัศน์การบาดเจ็บสมองและความต้องการการดูแลของผู้บาดเจ็บสมอง .....	8
แนวคิดการจัดการอาการ.....	18
อาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง.....	20
การจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง .....	26
คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง .....	32
สรุปการทบทวนวรรณกรรม .....	39
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	41
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	44
การดำเนินการเก็บข้อมูล .....	45
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปราย.....	48
ผลการวิจัย .....	48
การอภิปรายผลการวิจัย.....	61

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	68
สรุปผลการวิจัย.....	68
ข้อจำกัดในการศึกษา.....	69
ข้อเสนอแนะ.....	70
เอกสารอ้างอิง.....	71
ภาคผนวก.....	84
ก เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	85
ข ใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	86
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	87
ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมของคุณภาพชีวิตจำแนกตามมิติต่างๆ.....	98
จ ตารางของแครซีและมอร์แกน.....	105
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	106
ประวัติผู้เขียน.....	107

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	49
2 จำนวนร้อยละของผู้บาดเจ็บสมองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	52
3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลโดยรวม และรายด้าน.....	53
4 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า.....	56
5 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามเหตุผลที่เลือกใช้วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า .....	57
6 จำนวนร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามความถี่ในการจัดการอาการเหนื่อยล้าและ ประสิทธิผลในการจัดการอาการ.....	58
7 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและ รายด้าน.....	60
8 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงระยะเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้า.....	98
9 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลสาเหตุอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลขณะดูแล ผู้บาดเจ็บสมอง.....	98
10 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้อาการอื่นๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า .....	98
11 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้อาการเหนื่อยล้าในระดับต่าง ๆ.....	99
12 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงคุณภาพชีวิตระดับต่าง ๆ.....	99
13 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้การลดลงในการทำกิจกรรม (มิติการทำหน้าที่ทางกาย).....	100
14 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ปัญหาของการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นผลเนื่องจากสุขภาพร่างกาย (มิติบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย).....	101
15 จำนวนร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงความรุนแรงของความเหนื่อยล้าและผลกระทบต่อ การทำงาน (มิติความเหนื่อยล้า).....	101
16 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้สุขภาพโดยรวม (มิติการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป) .....	102
17 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (มิติพลังแห่งชีวิต).....	102
18 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรืออารมณ์ความรู้สึก ที่มีต่อกิจกรรมทางสังคม (มิติการการทำหน้าที่ทางสังคม).....	103
19 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงปัญหาในการทำงานที่เป็นผลจากปัญหา ด้านอารมณ์หรือจิตใจ (มิติบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์).....	103
20 จำนวนร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก (มิติสุขภาพจิตทั่วไป) .....	104

## รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
21 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้สุขภาพในปัจจุบันกับปีที่ผ่านมา.....	104
22 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของแคร์ซีและมอร์แกน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%.....	105

## บทที่ 1 บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บสมองเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตและความพิการระยะยาวของกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน (Feigin et al., 2013) ปัจจุบันอุบัติการณ์การบาดเจ็บสมองมีจำนวนมากในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาพบสถิติผู้บาดเจ็บสมอง จำนวน 2.5 ล้านคน (Centers for Disease Control and Prevention, 2015) หรือจำนวน 180 คน ต่อประชากร 100,000 คนและประเทศอังกฤษพบสถิติผู้บาดเจ็บสมองจำนวน 270 คน ต่อประชากร 100,000 คน (WHO, 2015) ในทวีปเอเชียพบอุบัติการณ์ผู้บาดเจ็บสมองในฮ่องกงจำนวน 924 ต่อ ประชากร 100,000 คน ประเทศอินเดียพบผู้บาดเจ็บสมองจำนวน 160 คน ต่อประชากร 100,000 คน (Prusty, Gururaj, & Dey, 2012) สำหรับประเทศไทยการบาดเจ็บสมองจากการสำรวจสถิติในประเทศไทยพบว่าในปี 2555-2559 มีผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุจราจรอยู่ระหว่าง 21-23 ต่อ ประชากร 100,000 คน เฉลี่ย 14,771 คนต่อปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) การบาดเจ็บดังกล่าวเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับแรกของประชากรอายุ 15-29 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ (สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ปัจจุบันจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการพยาบาลทำให้อัตราเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บลดลง (Guzman & Ament, 2017) อย่างไรก็ตามจากความรุนแรงของการบาดเจ็บอาจทำให้ผู้ที่รอดชีวิตหลงเหลือความพิการซึ่งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพ (Wang, Peitzman, Cassidy, Adelson, & Yealy, 2004) และพึงพาการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลจนกระทั่งถึงบ้านเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน การฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลทางท่อน้ำใจ การให้อาหารทางสายยาง และการออกกำลังกาย ส่งผลญาติให้ผู้ดูแลต้องผลจากงานประจำที่ตนเองปฏิบัติอยู่เดิมเพื่อใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย บางรายไม่สามารถแบ่งเวลาในการทำงานที่หลากหลายในเวลาเดียวกัน และรับรู้ว่ามีบทบาทมากเกินไป รู้สึกยากลำบากในการดูแลและมีความเครียดในบทบาทที่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อุษณีย์, 2551; Deeken, Taylor, Manyan, Yabroff, & Ingham, 2003) จนก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา (Piper, 1993)

ความเหนื่อยล้า เป็นภาวะผิดปกติที่บุคคลรับรู้ได้ด้วยตนเองถึงรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหมดแรง อ่อนเพลีย อาจเป็นอาการที่แสดงออกให้บุคคลอื่นเห็น มีสาเหตุจากทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง (Piper et al., 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลางถึงสูงโดย พิทยาภรณ์, ประณีต, และสุดศิริ (2549) ศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก

ผู้ดูแลต้องดูแลและตอบสนองความต้องการในการดูแลประกอบกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ต้องทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เครียดพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ขาดพลังงาน จนทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า การศึกษาของกัญญารัตน์ (2539) พบว่าญาติดูแลผู้บาดเจ็บสมองที่บ้านเป็นระยะเวลา 1-3 เดือน มีความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากใช้เวลาแต่ละวันไปกับการดูแลผู้ป่วยมากเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บาดเจ็บ ลัดดาวัลย์และคณะ (2559) ศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่วอซึโนวิช, คาลินาวสกา, บาซินสกา, และไพน์ทรูสิวิคซ์ (Wozniwicz, Kalinowska, Basinska, & Pieturlewicz, 2014) ศึกษาความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตพบว่า มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับสูง คลาคและคณะ (Clark et al., 2015) ศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งพบว่าอยู่ในระดับสูง ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ และการรับรู้ ทำให้สูญเสียกระบวนการคิดความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจบกพร่อง ขาดสมาธิและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลงขาดแรงจูงใจในการทำงานและการเข้าร่วมสังคม รวมทั้งกระทบต่อคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Norup, Siert, & Mortensen, 2010) ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงต้องหาแนวทางการจัดการอาการเหนื่อยล้าเพื่อลดหรือบรรเทาอาการดังกล่าว

การจัดการอาการขึ้นอยู่กับความรู้ การประเมินและการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ซึ่งการมีประสบการณ์อาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลจะส่งผลต่อการจัดการอาการที่แตกต่างกัน (Dodd et al., 2001) การจัดการอาการเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จนกว่าบุคคลจะพึงพอใจ ดังนั้น บุคคลจึงเลือกใช้วิธีการจัดการตามพื้นฐานความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ และอาจใช้การจัดการที่หลากหลายได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าญาติผู้ดูแลมีการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าหลากหลายวิธีทั้งจัดกระทำด้วยตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพช่วยเหลือดูแล ดังเช่น การศึกษาของ พิทยาภรณ์และคณะ (2549) พบว่า ผู้ดูแลญาติผู้ดูแลมีวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าหลายวิธีร่วมกันคือ การจัดการโดยการไชยา และการจัดการโดยไม่ไชยา สำหรับการจัดการโดยการไชยาเช่น ยาแก้ปวด เช่น ยาพาราเซตามอล ยานอนหลับ ยาคลายเครียด และยาต้ม การจัดการโดยไม่ไชยา เช่น ผ่อนคลายอารมณ์ นอนหลับพักผ่อน ยืดเส้นยืดสาย ทำตัวให้สดชื่น สร้างกำลังใจ นวด และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลัดดาวัลย์และคณะ (2559) พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าทั้งแบบไชยา และไม่ไชยาร่วมกัน โดยกิจกรรมที่ใช้บ่อยในการจัดการอาการ ได้แก่ การพูดคุยกับคนรู้ใจ การนอนหลับพักผ่อน การทำสมาธิฟังดนตรี และการออกกำลังกาย โดยได้แหล่งข้อมูลส่วนใหญ่มาจากแพทย์และพยาบาลและการอ่านเอกสาร แผ่นพับหรือหนังสือ ซึ่งการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่แตกต่างกันอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้

คุณภาพชีวิตเป็นการที่บุคคลรับรู้ถึงความพึงพอใจในการมีชีวิต (WHO, 1996) หรือรับรู้ถึงภาวะสุขภาพร่างกาย และอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดี และความสุขในการดำเนินชีวิต (Carlozzi et al., 2015; Yu, Hu, Efirid, & Macoy, 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาบาดเจ็บสมองหรือหลอดเลือดสมองพบว่า คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางเช่น การศึกษาของ โนร์ปและคณะ (Norup et al., 2010) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองในปีแรกอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้าน

อารมณ์มีคะแนนสูงสุด ตามมาด้วยด้านจิตใจและด้านร่างกาย ตามลำดับ โอลิส, โอคอยส์, วันโค, และเอ็มบาดา (Akosile, Okoye, Nwankwo, & Mbada, 2011) พบว่า ญาติผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ แมคเพียร์สัน, วิลสัน, เมอเลีย, และเลคเลอร์ (McPherson, Wilson, Chyurlia, & Leclerc, 2011a) ศึกษาคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ การทำหน้าที่ทางสังคม และด้านพลังแห่งชีวิตมีคะแนนต่ำสุดสำหรับประเทศไทย ธารินทร์ (2556) ศึกษาคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำพบว่า ด้านสุขภาพกาย ใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด ในขณะที่เฟื่องฟ้า (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า คุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งศึกษาที่ผ่านมามีผลการวิจัยที่แตกต่างกันอาจเป็นจากปัจจัยหรือบริบทที่แตกต่างกัน

ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวว่าประสบการณ์อาการ การจัดการอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลมีความเกี่ยวโยงกันและกัน และมีปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสบการณ์อาการ การจัดการและผลลัพธ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และปัจจัยสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่า ผลจากงานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองอาจมีข้อจำกัดในการนำมาอ้างอิงถึงญาติผู้ดูแลในประเทศไทยได้เนื่องจากความแตกต่างของสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะและสัมพันธภาพของครอบครัว แหล่งเกื้อหนุนของสังคม นอกจากนี้องค์ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองยังมีจำนวนน้อย และเป็นการศึกษามานานแล้วหลายสิบปี ในขณะที่ปัจจุบันมีระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลที่เน้นการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ซึ่งการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะยาวนานอาจส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของญาติผู้บาดเจ็บสมอง เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เกี่ยวข้องในการประเมินและร่วมวางแผนกับญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันและหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้าและคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถดูแลผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บสมองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง
2. เพื่อศึกษาวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง
3. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง



## คำถามการวิจัย

1. ความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับใด
2. วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเป็นอย่างไร
3. คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับใด

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แบบจำลองการจัดการอาการ (Model for symptom management) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นกรอบแนวคิดโดยมีรายละเอียดดังนี้

ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้สร้างแบบจำลองการจัดการอาการซึ่งกล่าวไว้ว่า อาการเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ ความรู้สึก และการรู้คิด เกิดขึ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วย ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ประสบการณ์อาการ (symptom experience) (2) กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) และ (3) ผลลัพธ์ (outcomes) ดังนี้

ประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย การรับรู้อาการ (perception of symptoms) การประเมินอาการ (evaluation of symptoms) และการตอบสนองอาการ (response of symptoms) การรับรู้อาการ หมายถึง การรายงานและการตอบสนองการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นด้วยจำนวน ความถี่ และลักษณะ ข้อจำกัด และขอบเขต การประเมินอาการ หมายถึง การประเมินลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ด้านความรุนแรง ลักษณะ ความถี่ และผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การตอบสนองอาการ หมายถึง การตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งการรับรู้อาการมีความสัมพันธ์กับการประเมินและการตอบสนองอาการ

กลยุทธ์การจัดการอาการ หมายถึง วิธีการจัดการอาการเพื่อชะลอเวลาของอาการทางลบด้วยการรักษาทางการแพทย์ การรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ และวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วย การจัดการอาการที่เกิดขึ้น เริ่มจากการประเมินประสบการณ์อาการของบุคคลเพื่อจัดการอาการที่เกิดขึ้นหนึ่งหรือสองอาการ วิธีการจัดการอาการที่ใช้เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ถ้าวิธีการจัดการอาการที่ใช้ไม่ดีขึ้นก็จะใช้วิธีการจัดการอาการอื่นแทน รูปแบบของวิธีการจัดการอาการประกอบด้วย อะไร เมื่อไร ที่ไหน เพราะอะไร อย่างไร ช่วงเวลาและความถี่ของวิธีที่ใช้เป็นอย่างไร กระทำโดยใคร เหมาะสมหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร วิธีการจัดการอาการที่ใช้อาจมาจากผู้ป่วย ครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ผู้ร่วมงานและบุคคลในสังคมของผู้ป่วยก็ได้

ผลลัพธ์ หมายถึง ผลจากประสบการณ์อาการและวิธีจัดการอาการที่เกิดขึ้นมีองค์ประกอบแปดด้าน คือ (1) สภาพอาการ (2) คุณภาพชีวิต (3) การทำหน้าที่ของร่างกาย (4) สภาวะทางอารมณ์ (5) อัตราการตาย (6) ปัจจัยร่วมในการเกิดโรค (7) ค่าใช้จ่าย และ (8) การดูแลตนเอง ซึ่งผลลัพธ์ทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์อาการ ระยะเวลา

การประเมินอาการ ความทนต่ออาการ ความต้องการ และผลจากวิธีจัดการอาการ เพื่อควบคุมไม่ให้อาการเหล่านั้นกลับมาเป็นซ้ำอีกตั้งนั้น ถ้าผลลัพธ์ของอาการที่เกิดขึ้นไม่ดี จำเป็นต้องค้นหาวิธีการจัดการอาการให้ดีขึ้น หากใช้วิธีการจัดการอาการไม่ดี ทำให้ได้ผลลัพธ์ของอาการที่ไม่ดีขึ้น แล้วผลลัพธ์ที่ได้จะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตตามมา

อาการเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะเกิดภาวะผิดปกติหรือร่างกายรู้สึกเหนื่อยมาก ความเหนื่อยล้าอาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล เมื่อเกิดความเหนื่อยล้า บุคคลจะรู้สึกได้ด้วยตนเอง หรือมีอาการอาการแสดงซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเหนื่อยล้า (Piper, 1986) ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย เมื่อเกิดความเหนื่อยล้า ร่างกายจำเป็นต้องดึงพลังงานสำรองที่สะสมไว้ออกมาใช้ ทำให้เกิดอาการเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า หดแรงแรง เชื่องซึม เคลื่อนไหวร่างกายช้า (2) ด้านจิตใจ ความเหนื่อยล้าทำให้มีอาการด้านจิตใจ และอารมณ์ เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด อารมณ์ไม่มั่นคง ซึมเศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความอดทนลดลง (3) ด้านพฤติกรรม เมื่อเกิดความเหนื่อยล้าอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้หลายอย่าง ได้แก่ เชื่องซึม การเคลื่อนไหวหรือการปฏิบัติกิจกรรมเชิงซ้ำ ทำทางไม่มั่นคง ขาดความกระตือรือร้น หลงลืม ไม่มีสมาธิ ต้องการที่จะพักหรืองีบหลับมากกว่าปกติ และ (4) ด้านสติปัญญาหรือความคิด ความเหนื่อยล้าทำให้ความสามารถในการตัดสินใจและความตั้งใจในการทำงานลดลง มีอาการหลงลืม สูญเสียความจำ ความคิดสับสน

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนมีความหลากหลายมิติ ซึ่งวิลสัน และเคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งครอบคลุมการทำงานของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยเมื่อร่างกายเกิดความเปลี่ยนแปลงของตัวแปรทางสรีรวิทยา ส่งผลให้เกิดอาการของการเจ็บป่วย กระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ มีผลต่อการรับรู้สุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคล

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) แนวคิดอาการเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิต เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลหลังจากผู้บาดเจ็บสมองจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้บาดเจ็บสมองบางรายอาจยังหลงเหลือร่องรอยโรคของความพิการ และหรือความบกพร่องด้านร่างกาย จิตสังคมที่ต้องการการพึ่งพาจากญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลผู้บาดเจ็บสมองเป็นเวลาระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งด้านพฤติกรรม ด้านความรู้สึก ด้านสติปัญญา และด้านความคิด เพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการดังกล่าว ญาติผู้ดูแลจึงต้องหาทางการจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเองหรือแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในช่วงเวลาหนึ่งภายใต้ความเชื่อและเหตุผลที่แตกต่างกัน ซึ่งการจัดการดังกล่าวอาจได้ส่งผลกระทบต่ออาการที่ดีขึ้นหรือไม่ก็ได้ และอาจเชื่อมโยงต่อการรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเช่นกัน

## นิยามศัพท์

ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้และประเมินความรุนแรงของอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย หดแรงของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย 4 ด้านคือ (1) ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง (2) ด้านความการรับรู้/เจตคติ (3) ด้านความรู้สึก (4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ โดยใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของพิทยากรณ์และคณะ (2549) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) คะแนนสูง หมายถึง มีความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้ามาก คะแนนต่ำ หมายถึง ความรุนแรงของระดับอาการเหนื่อยล้าน้อย

การจัดการอาการ หมายถึง วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองเพื่อลดความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ที่แสดงถึงการจัดการด้วยวิธีอะไร (what) อย่างไร (how) โดยใคร (who) จัดการโดยใคร (to whom) ทำไม (why) ที่ไหน (where) ความถี่ (how often) และประสิทธิผลอย่างไร (how effective) แบบประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง เป็นแบบสอบถามปลายเปิดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการเหนื่อยล้า

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ สังคมและสุขภาพโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย 2 ด้านได้แก่ (1) ด้านร่างกาย มี 4 มิติได้แก่ การทำหน้าที่ทางกาย บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย ความเหนื่อยล้า และการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป และ (2) ด้านจิตใจ มี 4 มิติ ได้แก่ พลังแห่งชีวิต บทบาทที่จำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์ การทำหน้าที่ทางสังคม และสุขภาพจิตทั่วไปในรอบ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเมินโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต เอสเอฟ 36 (SF-36 Health Survey) แปลโดย จิระรัตน์โพธิ์ชัย, จัง, สมานานนท์, และแสงนิพันธ์กุล (2548) คะแนนสูง หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตสูง คะแนนต่ำ หมายถึง ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ

## ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง โดยเป็นญาติผู้ดูแลของผู้บาดเจ็บสมองที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในชุมชนจังหวัดเขตภาคใต้ตอนบน และเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนธันวาคม 2559

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

1. ผลการวิจัยนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับพยาบาลและทีมสหวิชาชีพในการรับรู้ถึงอาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง เพื่อนำไป

พัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่องในการออกแบบแนวทางการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลขณะการดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

2. การนำผลการวิจัยในการพัฒนางานวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการเหนื่อยล้า หรือโปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

## บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่องประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. มโนทัศน์การบาดเจ็บสมองและความต้องการการดูแลของผู้บาดเจ็บสมอง
2. แนวคิดการจัดการอาการ
3. อาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง
4. การจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง
5. คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง
6. สรุปการทบทวนวรรณกรรม

### มโนทัศน์การบาดเจ็บสมองและความต้องการการดูแลของผู้บาดเจ็บสมอง

#### ความหมายของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมอง หมายถึง การที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนจากแรงภายนอกมากกระทำซึ่งมีผลต่อสมอง เยื่อหุ้มสมอง หลอดเลือดและโพรงสมอง สัมพันธ์กับระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงหรือเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการสูญเสียความจำ ทำให้เกิดความผิดปกติชั่วคราวหรือถาวร ทั้งทางร่างกาย การรู้คิด เซอร์วิปัญญา และการทำหน้าที่ทางสังคม เช่น สมองกระทบกระเทือน สมองข้าวมองฝึกขาด และบาดเจ็บทั่วสมอง (ไสวและพีรญา, 2559) มีความต่างจากการบาดเจ็บศีรษะ โดยการบาดเจ็บนั้นอาจมีหรือไม่มีเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวก็ได้ (Hickey & March, 2014) ซึ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บขึ้นอยู่กับตำแหน่งและแรงที่เข้ามากระทบ (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2552) วิทยาลัยแพทยศาสตร์ฟื้นฟูแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Congress of Rehabilitation Medicine, 1993) ได้สรุปคำนิยามของบาดเจ็บสมองประกอบด้วย (1) การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง ประกอบด้วยอาการทางคลินิกได้แก่ การสูญเสียระดับความรู้สึกตัว การสูญเสียความทรงจำขณะก่อนหรือหลังบาดเจ็บ มีอาการบกพร่องทางระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิต เช่น สับสน มึนงง จำสถานที่บุคคลหรือเวลาไม่ได้ โดยมีอาการทางคลินิกที่กล่าวมาอย่างน้อยหนึ่งข้อ (2) มีพยาธิสภาพในสมองและ (3) การบาดเจ็บมาจากแรงกระทำภายนอก (สวิง, นครชัย, และกุลพัฒน์, 2556)

#### สาเหตุของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมองเกิดจากหลายสาเหตุ สำหรับในประเทศไทยข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2559) พบว่า ร้อยละ 30 ของการบาดเจ็บสมองมาจาก

อุบัติเหตุจราจร ซึ่งมีสาเหตุมาจากการดื่มสุราขณะขับขีรถจักรยานยนต์ และการไม่สวมหมวกนิรภัย การตกจากที่สูง และหกล้มบ่อยละ 25 ส่วนใหญ่พบในกลุ่มสูงอายุและเด็กเล็ก กลุ่มเพศชายมีความเสี่ยงจากการถูกทำร้ายได้สูงกว่าเพศหญิง และสาเหตุจากการเล่นกีฬาและนันทนาการบ่อยละ 15 ของสาเหตุการบาดเจ็บสมองทั้งหมด (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

### กลไกและพยาธิสภาพของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมองเป็นการกระทบกระเทือนของกะโหลกศีรษะมี 2 แบบ คือ การบาดเจ็บโดยตรง และการบาดเจ็บโดยอ้อม การบาดเจ็บสมองโดยตรงอาจเกิดในขณะที่ศีรษะอยู่ในสภาวะนิ่ง หรือมีความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่ง หรือกำลังเคลื่อนที่มีความเร็ว ก่อให้เกิดแรงดึงรั้งต่อเนื้อสมอง เกิดแรงกระชากต่อเนื้อเยื่อ ในสมอง ทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดเล็กๆ ในเนื้อสมองและทำให้มีเลือดออก ส่วนการบาดเจ็บโดยอ้อม เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกายแล้วมีผลสะท้อนทำให้เกิดการบาดเจ็บ การบาดเจ็บชนิดนี้ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะ และกะโหลกศีรษะ (Maas, Stocchetti, & Bullock, 2008)

พยาธิสภาพของการบาดเจ็บสมองสามารถอธิบายตามลักษณะปรากฏการณ์ที่เกิด 2 ระยะ ได้แก่ (1) บาดเจ็บสมองปฐมภูมิ (primary traumatic brain Injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทันทีที่มีแรงกระทบต่ออวัยวะชั้นต่าง ๆ ของศีรษะตั้งแต่หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อสมอง (2) บาดเจ็บสมองทุติยภูมิ (secondary traumatic brain Injury) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรกโดยใช้ระยะเวลาเป็นนาที ชั่วโมงหรือเป็นวัน โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการสมองขาดออกซิเจนนำไปสู่การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมอง (อรุณี และวิจิตรา, 2553; Werner & Engelhard, 2007) ความเสียหายที่เกิดขึ้นส่งผลต่อโครงสร้างการทำงานของสมองในระยะยาวส่งผลให้มีการบาดเจ็บของหลอดเลือดในสมองความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นทำให้สมองสูญเสียหน้าที่เพิ่มขึ้นความดันโลหิตต่ำ ซึ่งหากไม่ได้รับการสังเกตติดตามและแก้ไขให้ทันท่วงทีอาจทำให้เสียชีวิตได้ (Rodriguez, Rivero, Gutierrez, & Mcrquez, 2012)

### การวินิจฉัยการบาดเจ็บสมอง

การวินิจฉัยการบาดเจ็บสมอง มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow Coma Scale, [GCS]) แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว์โคมา เป็นแบบประเมินที่เป็นที่ยอมรับว่าสามารถประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เป็นดัชนีชี้ความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองตลอดจนการทำนายผล หรือพยากรณ์โรคภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บสมอง อย่างไรก็ตามแบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว์จะประเมินพฤติกรรม 3 ด้านของผู้ป่วย (ใสว, 2559) โดยใช้คะแนนที่ดีที่สุดของแต่ละด้าน คือ

*การลืมตา (eye opening) มี 4 คะแนน*

ลืมตาได้เอง (spontaneous eye opening)	4 คะแนน
ลืมตาเมื่อเรียก (to speech)	3 คะแนน
ลืมตาเมื่อเจ็บ (to pain)	2 คะแนน
ไม่ลืมตาเลย (none)	1 คะแนน

*การพูด (verbal performance) 5 คะแนน*

พูดคุยได้ไม่สับสน (oriented)	5 คะแนน
พูดคุยสับสน (confused)	4 คะแนน
พูดได้เป็นคำๆ (inappropriate words)	3 คะแนน
ส่งเสียงไม่เป็นคำ (incomprehensible sound)	2 คะแนน
ไม่ออกเสียงเลย (none)	1 คะแนน

*การเคลื่อนไหว (best motor response) 6 คะแนน*

ทำตามคำสั่ง (obey command)	6 คะแนน
ทราบตำแหน่งที่เจ็บ (purposeful moment)	5 คะแนน
ชักแขนขาหนี (withdrawal to pain)	4 คะแนน
แขนงอเข้าหาตัว (abnormal flexion)	3 คะแนน
การเกร็งแบบเหยียดแขนออก (abnormal extension)	2 คะแนน
ไม่มีการเคลื่อนไหว (no response)	1 คะแนน

คะแนนรวม 3-15 คะแนน สามารถบอกระดับความรุนแรง และระดับความรู้สึกตัว จากการบาดเจ็บสมอง (ไสวและพิรญา, 2559; Ling & Marshall, 2008) ได้ดังนี้

1) ระดับ 13-15 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บสมองเล็กน้อย (mild traumatic brain injury) ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดีสามารถลืมตาได้เองหรือเมื่อถูกเรียกทำตามคำสั่งและตอบคำถามได้ ถูกต้องทันทีหรือใช้เวลาเล็กน้อยหรือสับสนบ้างเป็นบางครั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีประวัติการหมดสติชั่วคราวหลังจากได้รับบาดเจ็บ

2) ระดับ 9-12 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บสมองปานกลาง (moderate traumatic brain injury) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวลดลงและสับสนมักหลับเกือบตลอดเวลาจะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวดสามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่ายๆ ได้ถูกต้องโดยใช้เวลานานกว่าปกติ

3) ระดับ 3-8 คะแนน แสดงถึงการบาดเจ็บสมองอย่างรุนแรง (severe traumatic brain injury) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกตัวน้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลยไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆ ทั้งสิ้นอาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวดหรือเคลื่อนไหวแขนขาหนึ่งหรือเหยียดในท่าผิดปกติหรือไม่เคลื่อนไหวเลย

**2. การวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computer Tomography)**

การตรวจด้วยวิธีนี้ เป็นการทำนายอาการบาดเจ็บเพิ่มเติม สามารถแสดงถึงตำแหน่งสมองที่มีเลือดออก การกำซาบของเลือดในสมองบริเวณเทร็ดเวนทริเคิล (third ventricle) หรือเบซอลซี

สเทิร์น (basal cisterns) ภาวะมีเลือดออกในสมองชั้นซับอเล็คนอยด์ (subarachnoid) การเคลื่อนจากแนวกลาง (midline shift) และระบุตำแหน่งก้อนเลือดในสมอง (Murray et al., 2007)

### ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง

การแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ สามารถแบ่งได้ตามอาการทางคลินิก และแบ่งตามลักษณะที่ปรากฏในเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (ไสวและพิรญา, 2559; Hickey & March, 2014) ดังนี้

1) การแบ่งความรุนแรงตามอาการทางคลินิก เป็นการแบ่งโดยใช้คะแนนกลาสโกว์ เป็นเกณฑ์ในการประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้คือ น้อย (13-15 คะแนน) ปานกลาง (9-12 คะแนน) และมาก (3-8 คะแนน)

2) การแบ่งตามโครงสร้างที่ถูกทำลาย เป็นการแบ่งความรุนแรงตามผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Hickey & March, 2014) ดังนี้

ระดับความรุนแรง	ลักษณะที่ปรากฏในเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง
Diffuse injury I	ไม่มีพยาธิสภาพปรากฏ
Diffuse injury II	แนวกลางของสมองเคลื่อน (midline shift) 0-5 มิลลิเมตร และหรือก้อนเลือดขนาดไม่เกิน 25 มิลลิเมตร
Diffuse injury II (swelling)	ทางไหลเวียนของน้ำไขสันหลังถูกกดร่วมกับแนวกลางของสมองเคลื่อน (midline shift) 0-5 มิลลิเมตร และหรือก้อนเลือดขนาดไม่เกิน 25 มิลลิเมตร
Diffuse injury IV (shift)	แนวแกนกลางของสมองเคลื่อน (midline shift) มากกว่า 5 มิลลิเมตร และก้อนเลือดขนาดไม่เกิน 25 มิลลิเมตร
Evacuated mass	มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ที่ต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อเอาเลือดออก
Non evacuated mass	ก้อนเลือดขนาดมากกว่า 25 มิลลิเมตรแต่ไม่สามารถผ่าตัดได้

ระดับผลกระทบของการบาดเจ็บสมองขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ จากการศึกษาของ แอนรัสโคและคณะ (Andruszkow et al., 2014) เรื่องผลลัพธ์ระยะยาวหลังบาดเจ็บศีรษะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยมีจำนวนร้อยละ 70.24 และร้อยละ 29.76 บาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง แม้พบอุบัติการณ์ผู้ได้รับบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรงได้น้อย แต่ผู้บาดเจ็บสมองปานกลางและรุนแรงที่รอดชีวิตต้องเผชิญกับความบกพร่อง และหรือความพิการหลงเหลือซึ่งต้องการความช่วยเหลือฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง (Benedictus, Spikman, & Naalt, 2010; Skandsen, Finnanger, Andersson, & Lydersen, 2010) ครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเน้นศึกษา



ปัญหาและความต้องการการดูแลในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง

## ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง

### ปัญหาของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง

การบาดเจ็บสมองเป็นระยะวิกฤตของร่างกายเนื่องจากมีภาวะอันตรายต่อระบบประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะทุกระบบของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอวัยวะที่ทำหน้าที่ในการมีชีวิต อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึก การเคลื่อนไหว สติปัญญา รวมถึงด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม และด้านจิตสังคม ดังนี้ (Andruszkow et al., 2014; Wise et al., 2014)

#### 1. ด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระของสมองจากการบาดเจ็บสมอง ทำให้ร่างกายสูญเสียหน้าที่การทำงาน เกิดความผิดปกติของการหายใจ การเคลื่อนไหว การขับถ่าย การเคี้ยวกลืน การศึกษาของ กราวไมเจอร์, มาจันการ์, ฮีเจนโบรค, ไฮท์สมา, และเจอร์ราด (Grauwmeijer, Majanka, Heijenbrok, Haitsma, & Gerard, 2012) เรื่องผลลัพธ์ด้านการทำงานภายหลังบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรงสามปี มีกลุ่มตัวอย่าง 94 รายพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 มีความผิดปกติด้านร่างกายมากที่สุด ซึ่งความผิดปกติจะมีลักษณะใดนั้นขึ้นอยู่กับบริเวณสมองที่เกิดรอยโรค ได้แก่

1.1 ความผิดปกติของการหายใจ ไม่สามารถหายใจ และขับเสมหะออกได้เองต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จากการถูกทำลายของสมองส่วนการควบคุมการหายใจ (กรรณิกา, 2557; บุปผา, 2556)

1.2 การเคลื่อนไหวผิดปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรือเป็นอัมพาตทำให้การใช้กล้ามเนื้อไม่ประสานกันเช่น มีอาการเดินเซ มีความบกพร่องในการสลับแขนไปด้านตรงข้าม ไม่สามารถเคลื่อนไหวไปตามคำสั่งได้ ถ้ามีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่สมองซีกขวา ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวในซีกซ้าย นอกจากนี้การนอนท่าเดียวนานๆ ทำให้เกิดข้อติดแข็งกล้ามเนื้อสลับเล็ก (Andruszkow et al., 2014)

1.3 ความผิดปกติของการพูด โดยทั่วไปศูนย์ควบคุมการพูดของคนถนัดขวาจะอยู่ที่สมองซีกซ้าย หรืออยู่ตรงข้ามกับด้านที่มีถนัด เมื่อเกิดพยาธิสภาพของสมองซีกไม่เด่นจะทำให้มีความบกพร่องในการพูด เช่น พูดไม่ออก ผู้ป่วยจะพูดออกมาอย่างลำบาก โดยไม่สามารถออกเสียงได้ชัดเจน ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองน้อย (Grauwmeijer et al., 2012)

1.4 ความผิดปกติของการขับถ่าย ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่จะขับถ่าย หรือมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนหน้าหรือส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ต้องการความช่วยเหลือในการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การดูแลความสะอาด การคาสายสวนปัสสาวะ (บุปผา, 2556; Giannantoni et al., 2011)

1.5 ความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร ผู้ป่วยไม่สามารถเคี้ยวกลืนอาหารได้ ต้องใส่สายให้อาหารเกิดจากสมองส่วนเมดัลลาออบลองกาตา (medulla oblongata) และสมองใหญ่ที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการกลืนได้รับความกระทบกระเทือน (กรรณิกา, 2557; พรชัย, 2550) ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร การกลืนลำบาก ความผิดปกติของการทำงานของกระเพาะอาหาร และการเพิ่มขึ้นของการหลั่งเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะอาหาร (Giannantoni et al., 2011)

## 2. ด้านสติปัญญาและการรับรู้

ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการสื่อสาร สมาธิ ความสนใจ ความคิด การแก้ปัญหา ความจำ ความรู้ความเข้าใจ การมองเห็น การรับรส การรับกลิ่น และการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความเจ็บปวด อุณหภูมิ การสัมผัส การสัมผัสสะท้อนและการรับรู้ตำแหน่งต่างๆ เป็นต้น โดยความผิดปกติทางด้านสติปัญญา และการรับรู้ (Andruszkow et al., 2014; Finnanger et al., 2015) มีดังนี้

2.1 ความจำบกพร่อง ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจะมีอาการสับสนไม่รู้จักวันเวลา สถานที่ และบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงความทรงจำ ซึ่งจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาและซีกซ้าย โดยถ้าพบว่า มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาจะทำให้มีปัญหาความจำเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เห็น และต้องการใช้ การตัดสินใจที่รวดเร็ว แต่ถ้ามีปัญหาที่สมองซีกซ้ายจะมีปัญหาความจำเกี่ยวกับภาษา ผู้ป่วยอาจสูญเสียความจำที่เพิ่งผ่านมา เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา บางรายอาจจำในสิ่งที่ผ่านมา หรือในอดีตไม่ได้ เช่น จำชื่อตนเอง หรือญาติพี่น้องไม่ได้มักพบว่าพยาธิสภาพกระจายทั่วไปในสมองทั้งสองซีก (Andruszkow et al., 2014; Broshek, Marco, & Freeman, 2007)

2.2 ความสนใจหรือสมาธิลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อสิ่งรบกวนลดลงสมาธิในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ดี ความสนใจมักหันเหไปทางอื่นได้ง่าย ทำให้ไม่ร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และไม่สนใจในตัวเอง (Finnanger et al., 2013)

2.3 ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วยอาจมีการสูญเสียการติดต่อสื่อสารทั้งสองทาง คือ การรับรู้ และการแสดงออก ขึ้นอยู่กับว่ามีพยาธิสภาพที่สมองส่วนใด

2.4 ความผิดปกติในการรับรู้ เกิดเนื่องจากมีพยาธิสภาพของสมองส่วนเทมพอรัล (temporal lobe) หรือร่วมกับสมองส่วนข้าง (parietal lobe) ซึ่งสมองส่วนนี้ทำหน้าที่แปลความหมายของเสียงที่ได้ยินให้เกิดการรับรู้และเข้าใจ โดยถ้ามีพยาธิสภาพที่เวอนิค (wernicke's area) ซึ่งเป็นศูนย์กลางมูลฐานของการเข้าใจภาษา ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องด้านการฟังคำพูด และการอ่านหนังสือเด่นชัดกว่าความบกพร่องด้านอื่น บางรายอาจมีการสร้างคำพูดใหม่ๆ ขึ้นมาเองได้ (Broshek et al., 2007)

2.5 ความผิดปกติในการแสดงออก ผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาษาพูดได้ แต่ไม่สามารถเปล่งออกเป็นคำพูด หรืออาจพูดไม่ถูกต้อง เช่น ปากผู้ป่วยพยายามพูดแต่พูดตะกุกตะกัก หรือพูดพยางค์กลับกันถูก ๆ ผิด ๆ ซึ่งเกิดจากการมีพยาธิสภาพบริเวณศูนย์ควบคุมการพูด ที่เปลือกสมองใหญ่กลีบสมองส่วนหน้า ตรงข้ามกับซีกที่มีอณัตคือ ถ้าคนถนัดขวา ศูนย์การควบคุมการพูดจะอยู่ซีกซ้าย แต่ถ้าถนัดซ้าย ศูนย์การควบคุมการพูดจะอยู่ซีกขวา โดยถ้ามีพยาธิสภาพที่โบรคา (Broca's area) ในสมองส่วนกลีบสมองส่วนหน้า ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการพูดถ้ามีพยาธิ

สภาพที่ส่วนหลังของสมองส่วนกลีบสมองส่วนหน้า ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถในการเขียน (Finnanger et al., 2013)

2.6 *ความผิดปกติในการตอบสนองหรือการรับรู้* เกิดจากความผิดปกติของการรับรู้และรับรู้ความรู้สึกจากการมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนข้าง โดยเฉพาะในสมองซีกไม่เด่นซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการวิเคราะห์และผสมผสานข้อมูลที่ได้จากการกระตุ้นตัวรับ ความรู้สึกต่างๆ ของร่างกายที่มีความพร้อมในการรับรู้รู้สึกเจ็บปวด การสัมผัสอุณหภูมิ นอกจากนี้ยังมีความพร้อมในเรื่องอื่นๆ เช่น การสูญเสียการได้กลิ่น สูญเสียการรับรู้รสชาติเกิดจากประสาทรับกลิ่น เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของการรับรู้ (Broshek et al., 2007) ได้แก่ การมองเห็นผิดปกติ เช่น อาจมองไม่เห็นครึ่งซีกด้านตรงกันข้ามกับสมองส่วนที่มีพยาธิสภาพ มองเห็นภาพซ้อน ความชัดเจนของการมองเห็นลดลงหรือตามัว ถ้าประสาทตา ถูกทำลายทำให้ตาบอดถาวรได้ การสูญเสียความสามารถจำสิ่งของได้ด้วยการสัมผัสการสูญเสียความสามารถในการแยกจุดสองจุด การไม่สามารถจำภาพหรือตัวเลขได้ การทำสิ่งที่เคยเรียนรู้และมีทักษะมาก่อนไม่ได้ และการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล (Andruszkow et al., 2014)

2.7 *ความผิดปกติในการเรียงลำดับ* ความสามารถในการเรียงลำดับ หรือเรียบเรียงคำ ความจำ กิจกรรมหรือการเคลื่อนไหวบกพร่อง พบได้บ่อยคือ มีความบกพร่องในการจัดลำดับการพูดและการเคลื่อนไหว ให้การพูดและการแสดงท่าทางไม่สัมพันธ์กัน (Finnanger et al., 2013)

### 3. *ด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม*

ความผิดปกติของบุคลิกภาพและพฤติกรรมพบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะพักฟื้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองบริเวณสมองส่วนหน้า มักจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถดถอยขาดการเอาใจใส่ตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉื่อยชา และมีพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น อูจจาอะ ปัสสาวะในที่ที่ไม่สมควร และถ้ามีพยาธิสภาพของโรคกระจายทั่วไป จะพบว่าปัญหาในเรื่องอารมณ์โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือเปลี่ยนแปลงง่าย เช่น ร้องไห้หรือหัวเราะ นอกจากนี้การมีปัญหาด้านอารมณ์จะทำให้ผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่ยอมเข้าสังคมหรือร่วมทำกิจกรรมมีการพูดซ้ำซากในประโยคเดิมหรือคำเดิมปฏิเสธ หรือมีพฤติกรรมพึ่งพาบุคคลอื่นมากเกินไป (Broshek et al., 2007; Finnanger et al., 2015)

### 4. *ด้านจิตสังคม*

ความผิดปกติด้านจิตสังคม อาจเกิดจากการมีพยาธิสภาพที่สมองเอง จากสภาพแวดล้อมจากการสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากความพิการที่หลงเหลืออยู่ และจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทำให้รู้สึกที่ตนเองเป็นภาระของผู้อื่น ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง สูญเสียการควบคุมตนเอง รู้สึกมีปมด้อย นอกจากนี้ผู้ป่วยยังกลัวต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต กลัวการถูกทอดทิ้ง มีความคับข้องใจจากการที่ไม่สามารถสนองความต้องการพื้นฐานของตนได้ ซึ่งมีผลให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมาคือ วิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัวเอง ก้าวร้าว หมดหวัง สูญเสีย เหนื่อยล้า ปฏิเสธ แยกตัวเอง บางรายคิดฆ่าตัว (Finnanger et al., 2013) ทำให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากความพิการที่หลงเหลืออยู่และการที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทำให้รู้สึกที่ตนเองเป็นภาระกับผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นความมีคุณค่าในตนเองลดลงนอกจากนั้นยังกลัวการถูกทอดทิ้งทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา ได้แก่ หงุดหงิดสับสนก้าวร้าวหมดหวังเกิดความ

บกพร่องในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปรับตัวจากการที่เกิดความพิการซึ่งความผิดปกติดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองเป็นภาระของครอบครัว และสังคม สูญเสียพลังอำนาจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังและอยากฆ่าตัวตาย (ดวงรัตน์, 2552; อุบลรัตน์, 2552; Finnanger et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรงพบว่า มีผลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สัมพันธภาพทางสังคม และพฤติกรรม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับบาดเจ็บสมองในระยะยาว ดังการศึกษาเรื่องผลลัพธ์ด้านการรับรู้ตัวเอง และพฤติกรรมทางระบบประสาทห้าปีหรือมากกว่า หลังจากบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง พบว่า อาการทางระบบประสาท ด้านอารมณ์ และความเครียด ส่งผลกระทบต่อผู้ได้รับบาดเจ็บศีรษะ ทั้งที่ทำงาน และที่บ้าน ปัญหาด้านการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับการรู้ตัวเอง และข้อบกพร่องด้านการรู้คิดและความพิการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากทั้งโดยรวมและรายด้าน (Elizabeth et al., 2014) ผลกระทบจากการบาดเจ็บจะมีความรุนแรงมากขึ้นขึ้นอยู่กับมีพยาธิสภาพแต่ละตำแหน่งและความรุนแรงของการบาดเจ็บ เมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตยังคงต้องใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานานและต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ประณีต, ปราณี, และภินวนันท์, 2558; Elizabeth et al., 2014; Finnanger et al., 2013)

### **ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง**

ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างเพื่อการดำเนินชีวิตและรักษาภาวะสมดุลของการดำเนินชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อคงภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้บาดเจ็บสมองมีความต้องการ ดังนี้

#### **1. ความต้องการด้านร่างกาย**

ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การเคลื่อนไหว การขับถ่าย ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นมากที่สุด เพื่อตอบสนองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และเกิดก่อนความต้องการในด้านอื่น ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองการดูแลที่ได้รับอากาศ น้ำและอาหารอย่างเพียงพอถือว่าเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากการบาดเจ็บสมองอาจทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัวหรือมีปัญหาเรื่องการหายใจ การเคี้ยว การกลืน และการบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ต้องใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น (กรรณิกา, 2557) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงสภาพผู้ป่วยเป็นหลัก รวมถึงปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการใช้กิจกรรม เช่น ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวอาจได้รับการเจาะคอและใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือผู้ป่วยบางรายมีปัญหาในการกลืนอาหาร อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับอาหารไม่เพียงพอได้ ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องได้รับอาหารให้อยู่ในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อช่วยในการเผาผลาญซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น (กรรณิกา, 2557; วารุณี, 2557) นอกจากนี้ผู้บาดเจ็บสมองยังมีความต้องการ การดูแลให้การขับถ่าย ปัสสาวะอุจจาระให้เป็นไปอย่างปกติ เพื่อรักษาสมดุลของน้ำในร่างกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกายให้

กล้ามเนื้อและข้อต่อมีการเคลื่อนไหวเพื่อช่วยให้ร่างกายสามารถกลับมาทำงานได้ใกล้เคียงเหมือน ภาวะปกติมากที่สุดและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (นภาพร, 2555; บุปผา, 2556)

ความต้องการความเท่าเทียม ความต้องการความมั่นใจ ความสม่ำเสมอ ความ ว่างใจ ความปลอดภัยจากสิ่งที่เป็นอันตราย ภายหลังจากการบาดเจ็บสมองอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ทางระบบประสาทโดยตรง ซึ่งมีผลกระทบต่อสื่อสาร ด้านความคิดและอารมณ์ เช่น มีความ ผิดปกติในการพูด พูดไม่ชัด ความจำเสื่อม สับสน หรือก้าวร้าว การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง (Finnanger et al., 2013) ทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ไม่มั่นคง เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของ ตนเอง เป็นสิ่งที่คุกคามผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการสื่อสาร ความต้องการด้านจิตใจ การ มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อให้เกิดความมั่นใจสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ (Elizabeth et al., 2014)

ความต้องการการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บเป็นความ ต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการสูญเสียการควบคุมการ เคลื่อนไหว ทำให้มีการทรงตัวที่ไม่ดี บางครั้งผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนไหวร่างกาย อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุบาดเจ็บได้ ทำให้มีความต้องการในการดูแลให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ดังนั้น การดูแลเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บ จึงเป็นความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บ สมอง ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น (Pawl, Lee, Clark, & Sherwood, 2013)

## 2. ความต้องการความรัก และความรู้สึกเป็นเจ้าของ

ความต้องการความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน เป็นความต้องการที่อยากให้มีคนรัก หรือห่วงใย เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ต้องเผชิญกับการ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม อารมณ์ สติปัญญา จึงทำให้ผู้ป่วยมี ความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งแยกจากตนเอง จึงต้องการความรัก และต้องการเป็นที่ยอมรับของ ครอบครัวและผู้อื่น เพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น ซึ่งครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วย (สมทรง, 2550) โดยการเข้ามามีส่วนร่วมในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยการ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เอื้ออาทร (วลัยนารี, 2553; สมทรง, 2550)

## 3. ความต้องการการยอมรับนับถือ

ความต้องการการยอมรับ ตระหนักในคุณค่าความสามารถของตนเอง การยอมรับ นับถือ ความภาคภูมิใจ ในความสามารถของตัวผู้ป่วยเอง ที่ต้องการกำลังใจจากญาติผู้ดูแล ซึ่งถือว่าเป็น ความต้องการที่อยากให้ตนเองได้รับการยกย่องนับถือ ว่าเป็นคนสำคัญต่อครอบครัวสังคม แต่จาก การได้รับบาดเจ็บส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าลดลง เนื่องจากมีการปรับตัวลดลงเนื่องจากการปรับตัว ลดลง (สมทรง, 2550) ดังนั้น ครอบครัวผู้ดูแลที่เข้ามามีบทบาทจึงมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยให้ สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 4. ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จด้วยความสามารถแห่งตน

ความรู้จักตนเอง ความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะเป็นของตนเองการที่ผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะต้องการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่าง ปกติ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองมีการพึ่งพาจากผู้อื่นลดลง (วิมล, 2555; สมทรง, 2550)

ผู้ได้รับบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรงจะทำให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม และด้านจิตสังคม (กรรณิกา, 2557; บุปผา, 2556; Andruszkow et al., 2014; Finnanger et al., 2013) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย การรับรู้ ด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม และด้านจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลรับบทบาทหน้าที่ดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยบาดเจ็บระยะแรกจนถึงระยะพักฟื้นหลังจำหน่ายกลับบ้าน (วิมล, 2555) อาจส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของญาติผู้ดูแลเช่นกัน

### ผลกระทบจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบจากการดูแลของญาติผู้ดูแลในผู้บาดเจ็บสมองหรือผู้ป่วยที่ต้องการการพึ่งพาพบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสังคม ดังนี้

#### 1. ด้านร่างกาย

เมื่อบุคคลในครอบครัวบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมีผู้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยเกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรง หรืออันตรายย่อมทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา และทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลจนสุขภาพทรุดโทรมไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง บางครั้งเกิดความวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ มีปัญหาในการรับประทานอาหารได้น้อย ไม่ตรงเวลา หรือพักผ่อนน้อยลง (อุษณีย์, 2551; Pawl et al., 2013)

#### 2. ด้านจิตใจ

การบาดเจ็บสมองส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตใจ ซึ่งเป็นผลกระทบระยะยาวและต่อเนื่อง โดยพบว่าครอบครัวที่ได้รับอุบัติเหตุจะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงถือเป็นสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในครอบครัวเป็นการเจ็บป่วยที่เฉียบพลันและร้ายแรง กลัวสูญเสียผู้ป่วยไป กลัวดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี (Chronister et al., 2010) นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤติเข้าสู่ระยะเรื้อรังนั้น ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง หรือต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวเนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในด้านต่าง ๆ ทำให้ต้องการการดูแลแบบพึ่งพาสูงหรือทั้งหมด (วัลยนารี, 2553; สมทรง, 2550) ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ และความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง จึงเกิดความเครียด วิตกกังวล ความซึมเศร้าในการดูแลผู้ป่วยหรือกังวลว่าจะให้การดูแลบุคคลอันเป็นที่รักได้ไม่ดี (กุลิสรา, 2557; สมทรง, 2550; สุมานิตา, 2555)

#### 3. ด้านสังคม

การที่สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวต้องรับภาระมากขึ้น บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องรับภาระมากขึ้น ภรรยา หรือสมาชิกอื่นในครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวแทน ซึ่งภาระการดูแลผู้ป่วยทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (เฟื่องฟ้า, 2550) รวมถึงการที่ต้องทำกิจกรรมบางอย่างแทนพยาบาลเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ การเช็ดตัว การพลิกตะแคงตัว การดูแลสุขวิทยา การออกกำลังกายแขนขา การทำอาหารป้อนหรือการให้อาหาร

ทางสายยาว ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องทุกวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องทุ่มเทกับกิจกรรม ส่งผลกระทบต่องานประจำที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทั้งนี้หากไม่สามารถจัดแบ่งเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความลำบากในการให้การดูแล การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เป็นผลให้เกิดการรับรู้ว่าคุณค่าความลำบากมากเกินไป เริ่มรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ ซึ่งเป็นสาเหตุให้การให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพไม่ต่อเนื่อง (พวงแก้ว, 2549)

#### 4. ด้านการเงิน

จากการที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายในระยะยาว หรือไม่สามารถกลับมาประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม บางรายผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวทำให้มีผลกระทบต่อรายได้หลักของครอบครัว หรือจากการที่ผู้ดูแลเองต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่องานประจำที่ทำ ต้องเปลี่ยนงาน หรือออกจากงาน เพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ค่าเดินทาง ค่าอุปกรณ์ในการรักษาทำให้ครอบครัวได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (สมทรง, 2550; อุษณีย์, 2551)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลจากการรับบทบาทหน้าที่ของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองส่งผลให้ญาติต้องรับบทบาทในการปรับตัวใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสังคม ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความเบื่อหน่าย ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นซึ่งเป็นอาการที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้มากที่สุดอาการหนึ่งในญาติผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บสมอง และคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้ในระยะยาว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### แนวคิดการจัดการอาการ

แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) อธิบายถึงมโนทัศน์หลักที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์อาการ (symptom experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcomes) โดยเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย มีการรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามและมีการเปลี่ยนแปลง จะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีจัดการกับอาการ เป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการนั้น การจัดการอาการดังกล่าวส่งผลลัพธ์ต่างๆ ตามมา นอกจากนี้แนวคิดดังกล่าวยังกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมโนทัศน์หลักประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล (person) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพความเจ็บป่วย (health and illness) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### 1. ประสบการณ์อาการ

ประสบการณ์อาการเป็นประสบการณ์ที่เกิดจากการรับรู้อาการ การประเมินอาการ การให้ความหมาย และการตอบสนองต่ออาการนั้นซึ่งมีทิศทางสองทางที่กลับไปกลับมาได้ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าอาการนั้นเป็นสิ่งที่เลวร้าย ก็ส่งผลทำให้การรับรู้อาการนั้นมากด้วย ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการนั้นบ่อยครั้ง ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้อาการ หมายถึง การรับรู้อาการและความสามารถในการรายงานอาการที่เกิดขึ้นของบุคคล

1.2 การประเมินอาการ หมายถึง ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นประกอบด้วย ลักษณะความถี่ ความรุนแรง และผลกระทบของอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

1.3 การตอบสนองกับอาการที่เกิดขึ้น หมายถึง การเปลี่ยนแปลงจากอาการที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม สังคม และวัฒนธรรม

## 2. กลยุทธ์จัดการอาการ

กลยุทธ์จัดการอาการเป็นวิธีการจัดการอาการเพื่อชะลอเวลาของผลลัพธ์ทางลบโดยใช้การรักษาทางการแพทย์ด้านชีวภาพ การรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ และวิธีดูแลตนเองของบุคคล การจัดการอาการเกิดขึ้นเริ่มจากการประเมินประสบการณ์อาการของบุคคลเพื่อค้นหาวิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นวิธีแบบพลวัตสามารถปรับเปลี่ยนเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาการตอบสนองต่อการจัดการอาการนั้นมีทั้งได้ผลและไม่ได้ผล หากใช้วิธีหนึ่งแล้วไม่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นก็จะเปลี่ยนเป็นวิธีอื่น รูปแบบของวิธีการจัดการอาการ เป็นในรูปแบบคำถามประกอบด้วย อะไร (what) เมื่อไหร่ (when) ที่ไหน (where) ทำไม (why) อย่างไร (how) มากน้อยเพียงใด (how much) และใครเป็นผู้จัดการ (to whom) ซึ่งวิธีการจัดการอาการที่นำมาใช้อาจมาจากผู้ป่วย ครอบครัว สังคม เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และเพื่อนร่วมงานของผู้ป่วย

## 3. ผลลัพธ์

ผลลัพธ์เป็นผลจากประสบการณ์อาการและวิธีจัดการอาการที่เกิดขึ้นมีองค์ประกอบแปดข้อ ได้แก่ (1) สถานะอาการ (2) คุณภาพชีวิต (3) การทำหน้าที่ของร่างกาย (4) สภาวะทางอารมณ์ (5) อัตราการตาย (6) ปัจจัยร่วมในการเกิดโรค (7) ค่าใช้จ่าย และ (8) การดูแลตนเอง ผลลัพธ์ทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์อาการ ระยะเวลาประเมินอาการขึ้นอยู่กับความอดทน ความต้องการและผลการรักษา เมื่อบุคคลเลือกวิธีการจัดการอาการใดแล้ว บุคคลนั้นต้องนำวิธีการจัดการอาการเหล่านั้นไปดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ ดังนั้น ประสบการณ์อาการ วิธีจัดการอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงมีความสัมพันธ์ต่อกัน

นอกจากนี้ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวถึงมโนทัศน์หลักของแนวคิดการจัดการอาการดังกล่าวซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยสามด้าน ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านบุคคล (person) (2) ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness) และ (3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เชื้อชาติ ลักษณะทางจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ แรงจูงใจ ลักษณะทางสังคม เช่น ครอบครัว วัฒนธรรม ลักษณะทางสรีรวิทยา เช่น ความสามารถทางกาย และลักษณะทางด้านพัฒนาการ

2. ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ประกอบด้วย สุขภาพและการเจ็บป่วยส่วนบุคคล รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง ความผิดปกติทางสรีระ โครงสร้าง หน้าที่ โรคหรือความเจ็บป่วยเป็นการเบี่ยงเบนทางสุขภาพอันเนื่องมาจากมีพยาธิสภาพ



3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ บ้าน สถานที่ทำงาน และโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม การปฏิบัติตามจริยธรรม เชื้อชาติหรือศาสนา ทั้งนี้ปัจจัยดังกล่าวเป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีการจัดการอาการที่เกิดขึ้น

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะมโนทัศน์หลัก ประกอบด้วย ประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ ส่วนปัจจัยสามด้านจะนำมาใช้เพื่ออธิบายมโนทัศน์หลัก

### อาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บสมอง

#### ความหมายของอาการเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้า (fatigue) เป็นคำที่มีต้นกำเนิดมาจากภาษาลาตินและฝรั่งเศส จากพจนานุกรมของ The Oxford Dictionary of English Etymology (Steinbuchel et al., 2010) ความเหนื่อยล้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของสิ่งแวดล้อมภายในร่างกาย โดยเชื่อว่าร่างกายจะรักษาสมดุลของร่างกายซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อพลังงานที่ไม่มีเพียงพอต่อความต้องการในภาวะที่เจ็บป่วย ความเหนื่อยล้าเป็นผลมาจากการที่ร่างกายใช้พลังงานในการทำให้อาการหายจากโรค และเป็นกลไกในการป้องกันตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย โดยช่วยเตือนบุคคลให้ลดการทำงานให้น้อยลงเพื่อหลีกเลี่ยงความเครียด และเป็นสัญญาณเตือนว่าร่างกายอาจเกิดโรค ถ้าอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลไม่ยอมมีกิจกรรม อ่อนเพลีย และอยากพักผ่อน (Johansson, Lachica, Dickson, & Kennedy, 2004) การให้ความหมายของความเหนื่อยล้าในด้านการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล มีผู้ให้ความหมายของความเหนื่อยล้าไว้ดังนี้

ไอสตาร์ (Aistars, 1987) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกอ่อนล้าหมดกำลังและขาดพลังงาน เป็นผลมาจากการเผชิญความเครียดอยู่เป็นเวลานานมีผลทำให้การทำงานหน้าที่ของร่างกายบกพร่องและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด เช่นเดียวกับไปเปอร์ (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) กล่าวว่า ความเหนื่อยล้า หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะเกิดภาวะผิดปกติหรือร่างกายรู้สึกเหนื่อยมาก อาจเกิดความเหนื่อยล้าอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ได้ โดยการพักผ่อนนอนหลับเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ความรู้สึกเหนื่อยล้านี้หายไป และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล

การรับรู้ความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นได้ 2 วิธี คือ วิธีที่แรกบุคคลจะรับรู้ได้ด้วยตนเอง โดยการรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า นั้น การประเมินความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ได้ด้วยตนเองแบ่งได้เป็น 4 มิติคือ (1) มิติด้านพฤติกรรมความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย ผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า เป็นการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทั้งต่อร่างกายและจิตใจ (3) ด้านความรู้สึกของความเหนื่อยล้าที่มีต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และ (4) ด้านความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญาและอารมณ์ สำหรับความ

เหนื่อยล้าวิธีที่สองเป็นการรับรู้ความเหนื่อยล้าจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ โดยประเมินได้จากทางกายภาพ ชิวเคมี และพฤติกรรม การแสดงออก (Piper et al., 1998)

นอกจากนี้ความเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่สามารถแบ่งตามระยะเวลาในการเกิด ได้แก่ ความเหนื่อยล้าเฉียบพลัน (acute fatigue) และความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (chronic fatigue) ความเหนื่อยล้าเฉียบพลันเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงสั้นๆ และอาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน เป็นการเตือนให้ร่างกายต้องการการพักผ่อนเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการทำงานหนักเกินไปและหลีกเลี่ยงความเครียดเมื่อถึงระดับที่บุคคลไม่สบายและต้องการการพักผ่อนซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน หรือคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย สำหรับความเหนื่อยล้าเรื้อรังเป็นความเหนื่อยล้าที่ผิดปกติ ซึ่งจะค่อยๆ เกิดเพิ่มขึ้น อาการคงอยู่มากกว่า 1 เดือน (piper, 1986) ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะเครียดที่เกิดขึ้นเป็นเวลานานอาการจะคงที่หรือเป็นซ้ำ ไม่สามารถหายกลับสภาพปกติในระยะเวลาที่รวดเร็ว โดยความเหนื่อยล้าจะอยู่นานหรือน้อยกว่า 6 เดือน จะเรียกว่ากลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า อาการเหนื่อยล้า เป็นประสบการณ์อาการที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง ว่ารู้สึกเหน็ดเหนื่อย หดแรงแอ่อนเพลีย อาจเป็นอาการที่แสดงออกให้บุคคลอื่นเห็น มีสาเหตุจากทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรังและไม่สามารถบรรเทาอาการลงได้ด้วยการนอนพัก เมื่อมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพบุคคลทั้งร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม สังคม รวมถึงคุณภาพชีวิต

### งานวิจัยเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

การศึกษาค้นคว้าที่ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงขยายการทบทวนวรรณกรรมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และมะเร็งระยะสุดท้าย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

จากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง ดังเช่น จากการศึกษาของกัญญารัตน์ (2539) ซึ่งศึกษาญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองที่บ้าน พบว่า อาการเหนื่อยล้าของญาติผู้บาดเจ็บสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน ด้านพฤติกรรมพบว่า มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมที่พบมากที่สุดคือ ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือไปเยี่ยมเยียนญาติพี่น้อง รองลงมาคือไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ หรือทำแล้วมักไม่สำเร็จ สำหรับด้านร่างกายมีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง อาการความเหนื่อยล้าที่พบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะ รองลงมาคือ ปวดเมื่อยตามร่างกาย อ่อนเพลีย เหนื่อย และไม่มีการล้างตามลำดับ และด้านจิตใจมีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง อาการที่พบมากที่สุดคือ รู้สึกตึงเครียด รองลงมาคือ รู้สึกทุกข์ทรมานใจ รู้สึกซึมเศร้า หงุดหงิดและฉุนเฉียวง่าย และรู้สึกมีความอดทนลดลง ตามลำดับ ด้านสติปัญญาหรือความรู้สึกนึกคิดอยู่ในระดับเล็กน้อย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อเช่น สมรรถภาพในการทำกิจกรรมหรืองานใดๆ อาการสับสน ความสามารถในการแก้ไขปัญหา คิดอะไรไม่ออก ความสามารถในการจำ และความมั่นใจในตนเองมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย นอกจากนี้การศึกษาของ พิทยาภรณ์และคณะ (2549) เรื่อง

อาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีอาการเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านความรู้สึกอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเหนื่อยที่ต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรงพบว่า ระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ พบว่า รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งไม่สนุกสนาน และเป็นสิ่งที่ทำลายมากที่สุด และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ พบว่า ค่อนข้างซึมเศร้าและตึงเครียดมากที่สุด เป็นผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า

นอกจากนี้จากการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ พบว่ามีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงมาก เช่น การศึกษาในครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศจีน พบว่า อาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในการดูแลที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา และส่งผลให้ผู้ดูแลมีอาการซึมเศร้าตามมา (Tang, Lau, Mok, Ungvari, & Wong, 2011) ในขณะที่การศึกษาของชไนเดอร์ (Schneider, 2004) ศึกษาความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังพบว่า ผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ การศึกษาของอุซนิย์ (2551) พบว่าอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายอยู่ในระดับปานกลาง ลัดดาวัลย์และคณะ (2559) ศึกษาความเหนื่อยล้าและวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับมาก และน้อยตามลำดับ ในขณะที่เยาวลักษณ์และคณะ (2557) ศึกษาความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อยทั้งโดยรวมและรายด้าน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่วนมากอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง หรือบางครั้ง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับที่พึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด ทำให้ผู้ดูแลไม่ต้องใช้พลังกำลังมากในการดูแลช่วยเหลือ

จากการทบทวนวรรณกรรมความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่าญาติผู้ดูแลมีการรับรู้และประเมินความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับน้อยถึงมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีความแตกต่างกันด้านบริบทการศึกษา และปัจจัยด้านญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม ดังจะกล่าวในหัวข้อถัดไป

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อมโนทัศน์หลักประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพความเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นแนวทางการทบทวนงานวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล มีรายละเอียด ดังนี้

1. *ปัจจัยด้านบุคคล* ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ทักษะคิดต่อการดูแล ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล และระดับการศึกษา

1.1 *อายุ* อายุอาจมีผลต่อการรับรู้ถึงอาการเหนื่อยล้า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ มีความอดทน สุขุม รอบคอบมีประสบการณ์ในการดูแลผู้อื่น ทำให้มีการปรับตัวเข้ากับบทบาทได้ดี ส่งผลให้มีความอดทนและปรับตัวต่ออาการเหนื่อยล้าได้ดี

(กัญญารัตน์, 2539) และหากผู้ดูแลอยู่ในวัยสูงอายุผู้ดูแลจะรับรู้ถึงภาระการดูแลว่าหนัก และรู้สึกเหนื่อยล้าได้ง่ายและมากกว่าผู้ดูแลวัยอื่น (ธารินทร์, 2556; Johnsson et al., 2004)

1.2 *ทัศนคติต่อการดูแล* มีการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัว มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บิดามารดา หรือบุตร ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่ถือว่าการดูแลเป็นภาระความยากลำบากกับตนเองมีความสัมพันธ์ที่ดีทำให้สามารถอดทนและเผชิญกับความเหนื่อยล้าได้ดี (อุษณีย์, 2551)

1.3 *ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล* ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอาจมีผลต่อการรับรู้อาการเหนื่อยล้าได้ โดยการที่ผู้ดูแลเคยดำรงบทบาทผู้ดูแลและเคยดูแลหรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา พบว่าสามารถอดทนและเผชิญกับความเหนื่อยล้าได้ดีกว่า (อุษณีย์, 2551) ผู้ดูแลที่ขาดประสบการณ์ หรือความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มาก่อน ส่งผลให้ผู้ดูแลที่ขาดประสบการณ์หรือความรู้มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความเครียด วิตกกังวลมากกว่าปกติ ทำให้ประเมินว่าเป็นภาระ วิตกกังวลกับการดูแลและมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น (Pawl et al., 2013; Tang et al., 2011)

1.4 *ระดับการศึกษา* ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำรับรู้ถึงภาระการดูแลได้น้อยกว่า เนื่องจากมีความคาดหวังในเรื่องอาการและการหายจากอาการดีขึ้น กว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้น้อยกว่า (ธารินทร์, 2556)

2. *ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย* จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าแข็งแรง มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว และมีการเจ็บป่วยรุนแรงน้อย กำลังในการหดตัวของกล้ามเนื้อยังทนต้อยู่ ระบบการทำงานต่าง ๆ ยังคงทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ออดทนต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่รู้สึเหนื่อยล้า ตรงกันข้ามหากสุขภาพของผู้ดูแลไม่แข็งแรงก็จะส่งผลกระทบต่ออาการเหนื่อยล้าได้มากขึ้น จะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลคือ ถ้าญาติผู้ดูแลมีภาวะสุขภาพดีก็จะมีอาการเหนื่อยล้าต่ำ แต่ถ้าญาติผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดี หรือมีความเจ็บป่วยร่วมด้วย ไม่ว่าจะเป็ความเจ็บป่วยที่เป็นโรคประจำตัวก็จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอาจทำให้โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากขึ้น หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในขณะดูแลก็จะมีอาการเหนื่อยล้าได้ง่ายและมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง (พิทยาภรณ์และคณะ, 2549; อุษณีย์, 2551) นอกจากนี้สภาพจิตใจของผู้ดูแลมีผลต่ออาการเหนื่อยล้าได้เช่นกัน เมื่อบุคคลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย เครียด ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ร่างกายจะตอบสนองโดยการกระตุ้น ต่อมไธสมองส่วนหน้า และต่อมหมวกไตส่วนใน ทำให้เกิดการนำพลังงานที่ร่างกายสะสมไว้มาใช้ จึงส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระดับความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับอาการเหนื่อยล้า (Lim, Hong, Nelesen, & Dimsdale, 2005)

3. *ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม* ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระดับความพิการของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม

3.1 *ระดับความพิการของผู้ป่วย* ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะรุนแรง มักมีระดับความพิการหลงเหลืออยู่มาก ทำให้เป็นภาระที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมาก เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูในระยะยาว และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาที่

พบว่า ระดับความพิการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในการทำกิจกรรม การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ซึ่งผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาไปกับการดูแลมากเท่าใดก็สูญเสียพลังงานมากตามไปด้วย ทำให้เกิดการเบื่อหน่ายเหนื่อยล้าในการดูแล (กัญญารัตน์, 2539; อุทุมพร, 2549)

3.2 *ระยะเวลาในการดูแล* ระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์กับการเหนื่อยล้าจากการศึกษาของกัญญารัตน์ (2539) พบว่า จำนวนชั่วโมงต่อวันในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล โดยการที่ผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันมากทำให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้ามาก เยาวลักษณ์และคณะ (2557) พบว่า การดูแลนานกว่า 15 ชั่วโมงต่อวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจหากเกิดและคงอยู่เป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า

3.3 *ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล* ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว ที่มีความผูกพัน รักใคร่อันดีกับผู้ป่วยจึงมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก และมีทัศนคติที่ดีในการดูแล ทำให้ประเมินภาวะการดูแลว่าไม่คุ้มค่ากับชีวิตมีความสามารถเผชิญกับความเหนื่อยล้าได้ดี (อุทุมพร, 2549)

3.4 *การสนับสนุนทางสังคม* หากผู้ดูแลมีโอกาสได้รับความรู้ในการดูแล และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยลดลง มีความมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่จะรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูงเนื่องจากเป็นวัยที่มีการติดต่อกับบุคคลต่าง ๆ ทั้งในครอบครัวและสังคมได้ดี และยังคงอยู่เมื่อต้องรับบทบาทผู้ดูแล ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าได้รับการยอมรับนับถือ และความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งจากครอบครัว เครือญาติ และสังคม ทำให้มีกำลังใจในการดูแลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่รับผิดชอบอยู่เต็มได้ ส่งผลให้ไม่รู้สึกเหนื่อยล้ามากในการดูแลผู้ป่วย (กัญญารัตน์, 2539; ประรณนา, 2555; มยุรี, 2555; วริศา, 2555; อุษณีย์, 2551) นอกจากนี้การได้รับข่าวสารและข้อมูลทางการแพทย์ ทำให้ญาติมีความมั่นใจและรู้สึกเต็มใจที่จะให้การดูแล ญาติจึงไม่รู้สึกเหนื่อยล้ามากนัก (กฤติกา, 2554)

### การประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

การประเมินอาการเหนื่อยล้า ต้องทำการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาวะอารมณ์ มีการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลด้านความรู้สึก/รับรู้ (subjective data) และข้อมูลจากการตรวจและสังเกต (objective data) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการสร้างเครื่องมือในการประเมินความเหนื่อยล้า ขึ้นอยู่กับแนวคิดของความเหนื่อยล้าที่ผู้ศึกษาสนใจ โดยรวมแล้วแบ่งเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าได้ 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

1. **แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของผู้ที่เกิดความเหนื่อยล้าเอง** ซึ่งประเมินจากการรับรู้ความรู้สึกหรือจากประสบการณ์ ได้แก่

1.1 **แบบประเมินความเหนื่อยล้าของแทค (The Multidimensional Assessment of Fatigue (Tack, 1991)** เป็นแบบวัดความรู้สึกและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่บุคคลประสบ

มาแล้ว 1 สัปดาห์ มีลักษณะประมาณค่าด้วยสายตา (Visual Analog scale for Fatigue) ประกอบด้วย 16 ข้อ คำถามโดยวัดความเหนื่อยล้าใน 5 ด้านดังนี้ (1) ความรุนแรงของความเหนื่อยล้า (2) ระดับของความเหนื่อยล้า (3) ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า (4) ความทุกข์ทรมานจากความเหนื่อยล้า และ (5) ผลกระทบในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากความเหนื่อยล้า และได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 133 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .93 (Geri et al., 1997)

1.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของแม็คแนร์ และคณะ (Profile of Mood States เป็นเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่สร้างโดย แม็คแนร์และคณะ เมื่อปี 1981 (McNair et al., 1981) ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ต่อบุคคลต่อความเหนื่อยล้า ประเมินใน 6 ด้าน คือ ความซึมเศร้า ความเครียด ความโกรธ ความสับสน ความเหนื่อยล้า และความแข็งแรง มีทั้งหมด 65 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นระดับคะแนน 5 ระดับ แต่ละข้อคำถามมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 5 และได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .74 - .91 (Redker, Lev, & Ruggiero, 2000)

1.3 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (The Piper's Fatigue Scale, 1989) เป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยสามารถประเมินได้ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มิติด้านพฤติกรรมและความรุนแรง มิติด้านสติปัญญาและอารมณ์ และมิติด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ไปเปอร์ สร้างเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าขึ้นในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 41 ข้อและปรับเครื่องมือในปี ค.ศ. 1998 โดยใช้วิธี Factor Analysis (Cronbach's alpha เท่ากับ .97) ได้เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าฉบับปรับปรุง ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ใช้เพื่อประเมินรูปแบบความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในหลายทิศทาง ตามการรับรู้ของบุคคล ซึ่งแบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง (2) ด้านการรับรู้/เจตคติ (3) ด้านความรู้สึก และ (4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ เป็นแบบประเมินมาตราวัดแบบตัวเลข ตั้งแต่ 0 ไม่มีอาการเหนื่อยล้า ถึง 10 มีอาการเหนื่อยล้ารุนแรงที่สุด และได้เพิ่มข้อคำถามเชิงคุณภาพ 1 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิดอีกจำนวน 4 ข้อ โดยข้อคำถามเชิงคุณภาพเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับระยะเวลาในการเกิดอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น วิธีที่ใช้บรรเทาอาการเหนื่อยล้า ส่วนข้อคำถามปลายเปิดอีก 4 ข้อประกอบด้วย สาเหตุของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น และอาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า ไปเปอร์ได้มีการเรียงลำดับข้อคำถามใหม่ โดยมีข้อคำถามเชิงคุณภาพในเรื่องระยะเวลาการเกิดอาการเหนื่อยล้าเป็นคำถามในข้อ 1 ข้อคำถามในมาตราวัดตัวเลขเป็นคำถามข้อ 2 - 23 และข้อคำถามปลายเปิดเรื่องสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น วิธีที่ใช้บรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น สิ่งที่จะอธิบายเพิ่มเติมในอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น และอาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า เป็นข้อคำถามที่ 24 - 25 ตามลำดับ ซึ่งไปเปอร์และคณะได้มีการนำแบบประเมินใหม่นี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า มีค่าระดับความเชื่อมั่นรวมที่ .97 ซึ่งแบบประเมินอาการเหนื่อยล้านี้ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย

สำหรับในประเทศไทย แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) แปลโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545) โดยรวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางสรีรวิทยาและชีวเคมี ที่มีความเกี่ยวข้องกับกลไกการเกิดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่

ได้รับรังสีรักษาตามแนวคิดของไปเปอร์ (Piper, 1993) เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการร่วมประเมินทาง สรีรวิทยาและชีวเคมีร่วมด้วย และนำมาใช้ในการศึกษาความเหนื่อยล้าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกโดยมีค่า ความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .96 และรายด้านเท่ากับ .86 - .92 ต่อมา พิทยาภรณ์ และคณะ (2549) ได้ มีการนำแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) มาใช้ในการศึกษา อาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะอยู่ในโรงพยาบาล ตรวจสอบความเที่ยงของ เครื่องมือโดยไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงโดยรวม .82 และ อุทุมพร (2549) ได้ดัดแปลงแบบ ประเมินอาการเหนื่อยล้าไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

**2. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าจากการสังเกตพฤติกรรม** เป็นการประเมินความ เหนื่อยล้าจากพฤติกรรมหรือการแสดงออกซึ่งผู้ประเมินสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนจากผู้ถูกประเมิน ได้แก่ พฤติกรรมว่างนอนตลอดเวลา มีความสนใจและมีแรงจูงใจลดลง หงุดหงิด ไม่สนใจเรื่องต่างๆ ไม่ อยากร่วมทำกิจกรรม ความคล่องตัวลดลงแบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต อาทิเช่น แบบ ประเมินความเหนื่อยล้าของโรเทิน (Rhoten cited in Piper, 1989) ลักษณะเป็นมาตราวัดด้วย ตัวเลข (Numerical Rating Scale) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 มีข้อความ 1 ข้อใช้ประเมิน ความรู้สึกเหนื่อยล้า โดยมีลักษณะข้อความเป็นตัวเลขให้เลือกตอบ 0 - 10 เป็นการสังเกตพฤติกรรม จากการตอบสนองของร่างกายต่อความเหนื่อยล้าใน 5 ด้านคือ ลักษณะทั่วไป สีผิว การติดต่อสื่อสาร กิจกรรมการแสดงออกและทัศนคติ และส่วนที่ 2 เป็นแบบสังเกต ซึ่งแบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อ นำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ไม่ได้ทดสอบ ความตรง และความเที่ยงของเครื่องมือนี้ไว้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และ คณะซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีความสามารถในการประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ความรู้สึก ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเองได้อย่างครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และการให้ ความหมายความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ ซึ่งสอดคล้องกับมโนทัศน์หลักด้านประสบการณ์อาการที่ ดอดด์และคณะกล่าว เครื่องมือนี้ได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายและมีค่าความตรงและค่าความเที่ยง ในระดับสูงมาก

### **การจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง**

ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวถึงการจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพ และการดูแลตนเอง ซึ่งเน้นการใช้ความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการ กับอาการของตน ซึ่งดอดด์ และคณะกล่าวว่า อาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรง เป็นสิ่ง สำคัญที่ทำให้ผู้มีอาการต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ อาการดังกล่าวไม่เพียงก่อให้เกิดความทุกข์ ทรมาน แต่ยังรบกวนการทำงานที่ทางสังคม การจัดการกับอาการเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้มีอาการ แต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว โดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพเช่น พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญ ซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้มีการจัดการกับอาการอย่างคุณภาพ โดยร่วมกันพัฒนาแนวทาง ในการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการหลายๆ อาการที่เรื้อรังและต้องการ

การจัดการในระยะยาว โดยดอตต์และคณะมีแนวคิดว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน

การจัดการอาการเป็นกลวิธีที่มีเป้าหมาย เพื่อเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยใช้กลวิธีการดูแลตนเอง ด้วยการใช้อาหารและการช่วยเหลือของทีมสุขภาพ การจัดการอาการเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากการรับรู้ในมุมมองของผู้มีอาการ กลวิธีการจัดการอาการอาจมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียว หรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์โดยการจัดการอาการเป็นกระบวนการที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา หรือปรับเปลี่ยนตามความยินยอม หรือไม่ยินยอมของผู้มีอาการ การควบคุมอาการ เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งต้องปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลา (Dodd et al., 2001)

อาการเหนื่อยล้าถือเป็นประสบการณ์อาการที่พบได้บ่อยในญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเป็นการรับรู้ด้วยตนเองว่าเป็นความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย และมีความรุนแรงของอาการที่แตกต่างกัน มีการตอบสนองต่ออาการโดยการแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็น เมื่อผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ดังนั้น จึงทำให้ผู้ดูแลต้องหาวิธีการจัดการอาการดังกล่าว เพื่อให้สามารถบรรเทาหรือหายจากอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งวิธีการจัดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การจัดการอาการอาจกระทำเพียงวิธีเดียว หรือมากกว่าหนึ่งวิธีก็ได้เพื่อให้ตรงกับความต้องการและได้ผลลัพธ์เป็นที่พึงพอใจ

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ เป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 วิธีคือการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการใช้อาหาร และการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใช้อาหาร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### **การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการใช้อาหาร**

ยาหลากหลายชนิดสามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้า เช่น ยากลุ่มลดความวิตกกังวล เพื่อช่วยบรรเทาความวิตกกังวล คลายเครียด คลายกล้ามเนื้อ เมื่อรับประทานจะกดประสาท ช่วยทำให้ออนหลับพักผ่อนได้ (McCannon & Temel, 2012) ยานอนหลับ เพื่อช่วยในการพักผ่อนได้มากขึ้น เช่น ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนส์ พิโมลีน อะมีทริปทีลีน ไฮโดรคลอไรด์ (Malangpoothong, 2009) เป็นต้น และยาแก้ปวด เช่น พาราเซตามอล ออกฤทธิ์ระงับอาการปวดระดับไม่รุนแรงถึงปานกลาง เพื่อช่วยลดหรือบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้นร่วมกับอาการเหนื่อยล้า (Malangpoothong, 2009; McCannon & Temel, 2012)

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่า การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการใช้น้ำมันนำมาใช้เพียงเล็กน้อย ส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่ใช้อาหารในการจัดการอาการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานเป็นเดือน และไม่สามารถจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ จึงใช้การจัดการอาการโดยการใช้อาหารร่วมกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยวิธีอื่น ยาที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาคลายเครียด และยาต้ม เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทำให้แบบแผนการพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป หรือต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพไม่แข็งแรง จึงจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยการใช้อาหาร เพราะสามารถจัดการอาการทำให้



บรรเทาอาการได้ดีขึ้น (พิทยาภรณ์และคณะ, 2549) ลัดดาวัลย์และคณะ (2559) ศึกษาความเหนื่อยล้าและวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังออกจากโรงพยาบาลพบว่า ญาติผู้ดูแลทั้งหมดใช้วิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา มีเพียงส่วนน้อยที่มีการใช้ยาควบคู่ไปกับการไม่ใช้ยา บางรายที่จัดการกับความเหนื่อยล้าโดยการใช้อารมณ์ร่วมด้วยการจัดการความเหนื่อยล้าด้วยวิธีต่างๆ นั้น พบว่า ใช้ยาเพื่อคลายความเหนื่อยล้าเป็นประจำ กลุ่มผู้ดูแลที่มีการใช้ยาจัดการกับอาการเหนื่อยล้าเพียงเล็กน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นญาติผู้ดูแลสายตรงส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคน จนถึงผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพอยู่แล้ว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคกระดูก และอาจจะมีอาการเครียดจากการเป็นผู้ดูแล ซึ่งส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า ดังนั้นจึงจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเป็นประจำ โดยให้เหตุผลว่าใช้แล้วเห็นผลมากที่สุด ใช้ระยะเวลาในการจัดการเหนื่อยล้าได้ทันที และช่วยบรรเทาอาการได้ดีขึ้น ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลการใช้ยาจากแพทย์และพยาบาลเนื่องจากไปพบแพทย์เพื่อตรวจโรคประจำตัวตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

### การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีการดูแลด้านร่างกาย อาทิเช่น การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การมีโภชนาการที่เหมาะสม การทำตัวให้สดชื่น และด้านจิตใจ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ ได้แก่ ใช้สมาธิ สวดมนต์ การนั่งสมาธิสวดมนต์ และสร้างกำลังใจ ดังนี้

#### 1. ด้านร่างกาย

1.1 การนอนหลับพักผ่อน การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการพักผ่อน หรืองีบหลับ เนื่องจากการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน และต้องดูแลผู้ป่วยทั้งกลางวันและกลางคืน ส่งผลให้รู้สึกเหมือนไม่มีแรง อ่อนเพลีย และรู้สึกง่วงนอน จึงงีบหลับในเวลาตอนเที่ยง หลังรับประทานอาหาร หรือพยายามนอนหลับในช่วงกลางคืนให้ได้มากที่สุด โดยเข้านอนแต่หัวค่ำเพื่อช่วยให้ร่างกายมีแรงมากขึ้น ทำให้อาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลดีขึ้น (พิทยาภรณ์และคณะ, 2549; Lee, Tsai, Lai, & Tsai, 2008) การนอนหลับมีความสำคัญต่อร่างกายในการเก็บรักษาพลังงานและมีการสะสมพลังงาน และนำไปซ่อมแซมส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อสมองและระบบประสาทได้พัก หากการนอนหลับไม่เพียงพอตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป รวมถึงขาดการพักผ่อนในเวลา กลางคืน จะทำให้เกิดการพร่องออกซิเจน เซลล์ต่าง ๆ ไม่มีประสิทธิภาพในการสร้างพลังงาน อันเป็นสาเหตุให้ร่างกายเกิดอาการเหนื่อยล้าได้ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าการนอนหลับเป็นการเยียวยาความเหนื่อยล้าเมื่อยล้าได้ดีที่สุด (Dhruva et al., 2012; Pawl et al., 2013) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภกร, ขนิษฐา, และบัวหลวง (2557) ศึกษาการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาพร้อมกับเคมีบำบัด พบว่า วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่มีประสิทธิภาพและใช้มากที่สุดคือ การนอนหลับพักผ่อน เนื่องจากการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอเป็นการลดการใช้พลังงาน รักษาสมดุลและสงวนพลังงานในร่างกาย เพื่อนำไปซ่อมแซมส่วนต่างๆ ของร่างกาย และคงไว้ซึ่งกายทำหน้าที่ของร่างกาย อมรรรัตน์, ดวงรัตน์, คณินิจ, และอเนก (2557) ศึกษาประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า กลวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า กลวิธีที่ใช้บ่อยและมีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การนอนหลับ เนื่องจากการนอนหลับทำ

ให้ร่างกายมีความต้องการในการใช้พลังงานลดลง ทำให้ร่างกายไม่เกิดการสะสมของกรดแลคติก กล้ามเนื้อสามารถทำงานได้ปกติ ไม่เกิดอาการเหนื่อยล้า (Davis & Walsh, 2010)

1.2 การออกกำลังกายหรือการเปลี่ยนอิริยาบถ การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยทำให้อวัยวะต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อ หัวใจ ปอด ทำงานได้ดีขึ้น และแข็งแรงมากขึ้น รวมถึงช่วยลดภาวะเครียด (กนกพร, 2552) การจัดการอาการเหนื่อยล้า โดยการเปลี่ยนอิริยาบถ การลุกขยับตัว การเปลี่ยนท่าทาง เนื่องจากการเฝ้าดูแลผู้ป่วยทำให้ปวดเมื่อยร่างกาย การยืดเส้นยืดสายช่วยจัดการอาการปวดเมื่อย การเปลี่ยนท่าทางทำให้รู้สึกได้ผ่อนคลาย นอกจากนี้การออกกำลังกาย มีกระบวนการคิดที่ดีขึ้น สามารถจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น (Lee et al., 2008) เช่น การศึกษาของเมทเนอร์ตาและคณะ (Mehnerta et al., 2011) พบว่า การออกกำลังกายสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลที่มักเกิดขึ้นพร้อมกับอาการเหนื่อยล้า จิรานูวัฒน์และสุริพร (2556) ใช้โปรแกรมการจัดการอาการเหนื่อยล้าในญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะร่วมกับการบริหารกาย - จิตด้วยซึ่งพบว่า สามารถลดความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลได้

1.3 การมีโภชนาการที่เหมาะสม อาหารมีความสำคัญต่อกระบวนการเผาผลาญ การสร้างพลังงานและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกาย เพิ่มปริมาณออกซิเจนในการหล่อเลี้ยงเซลล์ในร่างกาย ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอเป็นการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เป็น การช่วยเพิ่มพลังงานให้ร่างกาย ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการ ทำให้อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นดีขึ้น (Patterson, Wan, & Sidani, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิลเลียม, คราน์, และคริงค์ (Williams, Crane, & Kring, 2007) ศึกษาความเหนื่อยล้าของหญิงชาวแอฟริกันที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่า การได้รับอาหารที่มีประโยชน์ ในปริมาณที่เหมาะสม ในช่วงก่อนและหลังการฟอกเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีกำลัง และสดชื่น บรรเทาอาการเหนื่อยล้าหลังการฟอกเลือดได้

1.4 การทำตัวให้สดชื่น การที่ร่างกายสดชื่น มีแรงพลังมากขึ้น ทำให้การเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นหายไป (Patterson et al., 2012) เช่น การดื่มเครื่องดื่ม หรืออาหารเสริม เนื่องจากการดื่มน้ำหวาน หรือน้ำผลไม้ ทำให้สดชื่นช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้ (ศุภกรและคณะ, 2557)

1.5 การนวด เป็นการกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ช่วยคลายเส้นประสาท ช่วยผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (อภิญา, 2552; Morales et al., 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของ แบคคัส, มาเนลลา, เบนเดอร์, และสเวสมัน (Backus, Manella, Bender, & Sweatman, 2016) ที่พบว่า การบำบัดโดยการนวด อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

## 2. ด้านจิตใจ

2.1 การสร้างกำลังใจ เป็นการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ทำให้ผู้ดูแลมีความสุขใจขึ้น ได้แก่ การนึกถึงบุตร และการดูผู้ป่วยเตียงอื่น การสวดมนต์และการขอพรหายไป (พิทยาภรณ์และคณะ, 2549) จากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามหลักศาสนา เพราะศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ดูแล ทำให้จิตใจสงบ มีสมาธิ และมีแรงกำลังมากขึ้น การนึกถึงบุตร เมื่อรู้สึกหมดแรง หรือเหน็ดเหนื่อย บุตรเปรียบเสมือนกำลังใจ การนึกถึงบุตรทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ และการดูอาการผู้ป่วยรายอื่นที่มี

อาการดี แย่กว่าผู้ป่วยของตนเองทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจ และมีความหวังมากขึ้นคิดว่าผู้ป่วยที่ตนดูแลจะมีอาการดีขึ้น เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย (อภิญา, 2552)

2.2 การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีที่มุ่งเน้นให้การสนใจในเรื่องอื่นมากกว่าอาการเหนื่อยล้า เช่น การฟังเพลง/ดนตรีบำบัด การพูดคุยกับบุคคลอื่น อ่านหนังสือ/ดูทีวี โดยพบว่า การผ่อนคลายอารมณ์เป็นวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่พบมากที่สุด การผ่อนคลายอารมณ์โดยการพูดคุยกับบุคคลอื่นเช่น ญาติ เพื่อนสนิท ทำให้ได้เป็นการระบายความรู้สึก รวมถึงได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ผู้ดูแลมีแรงมากขึ้น สบายใจมากขึ้น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูทีวี ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเพลิดเพลิน ผ่อนคลายอารมณ์ ความรู้สึก ช่วยให้บรรเทาอาการเหนื่อยล้าลดลง (Patterson et al., 2012)

2.3 การทำจิตใจให้สงบ จากการศึกษาการจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดพบว่า การสวดมนต์/ทำสมาธิเป็นวิธีการเดียวที่สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าลงได้จนไม่เหลืออาการเลย อาจเนื่องจากการสวดมนต์/ทำสมาธิ เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ (ศุภกรและคณะ, 2557) ไม่นึกถึงการเจ็บป่วยจึงช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้

### **ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง**

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านบุคคล (2) ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และ (3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

#### **ปัจจัยด้านบุคคล**

1. อายุ ด้านอายุพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมามากทำให้ผู้ดูแลนั้นมีการตัดสินใจและสามารถเผชิญปัญหาและทักษะการดูแลดีขึ้น (ฟาริดา, 2542) อายุเกี่ยวข้องกับประสบการณ์และความสามารถในการจัดการอาการ ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีประสบการณ์ในการปรับตัวและผ่านประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตมามากเป็นผลให้มีความสามารถในการจัดการอาการได้ดีกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า (กัญญารัตน์, 2539; พิทยาภรณ์และคณะ, 2549) แต่พบว่า ถ้าผู้ดูแลมีอายุมากอาจมีความเสื่อมตามสภาพวัย ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง เช่น การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อลดความทนต่อกิจกรรมลดลง นำไปสู่การเกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (Piper, 2003)

2. ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีประสบการณ์ในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เป็นผลให้ทราบถึงวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ดีและเหมาะสมกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน (อุษณีย์, 2551)

#### **ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย**

ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย สุขภาพการเจ็บป่วยส่วนบุคคล ผู้ดูแลที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และมีการเจ็บป่วยรุนแรง ส่งผลให้ไม่มีอุปสรรคในการจัดการ

อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น สามารถจัดการอาการเหนื่อยล้าได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ (กัญญารัตน์, 2539; อุษณีย์, 2551)

### **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม**

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และระดับความพิการของผู้ป่วย

1. *ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล* จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความผูกพัน รักใคร่อันดีกับผู้ป่วยจึงมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก และมีทัศนคติที่ดีในการดูแล ทำให้ประเมินภาระการดูแลว่าไม่คุกคามกับชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการอาการเหนื่อยล้าได้ดี (อุษณีย์, 2551)

2. *เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม* โดยหากผู้ดูแลมีโอกาสได้รับ และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ถูกต้อง ทำให้ญาติมีความมั่นใจและรู้สึกเต็มใจที่จะให้การดูแล ญาติจึงไม่รู้สึกเหนื่อยล้ามากนัก และสามารถจัดการอาการเหนื่อยล้าได้ดีกว่า ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับข้อมูล (กัญญารัตน์, 2539; สุมานิตา, 2555; อุษณีย์, 2551)

3. *ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย* ผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง หรือระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย ดังการศึกษาที่พบว่า เมื่อดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย (Albert, Im, Brenner, Smith, & Waxman, 2002) และทำให้มีผลกระทบต่อารดูแลตนเองและเวลาในการจัดการอาการหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นน้อยลง (กัญญารัตน์, 2539) เช่นเดียวกับการการศึกษาของ ยาวลักษณ์และคณะ (2557) พบว่าระยะเวลาในการดูแลรวมถึงต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่มีเวลาหรือมีเวลาน้อยในการจัดการอาการเหนื่อยล้า ของตนเอง (Sunanjan, 2007)

4. *ระดับความพิการของผู้ป่วย* ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะรุนแรง มักมีระดับความพิการหลงเหลืออยู่มาก ทำให้เป็นภาระที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมาก เนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในการทำกิจกรรม การดูแลกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ซึ่งผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาไปกับการดูแลเป็นผลให้มีเวลาในการจัดการหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นลดลง (ธารินทร์, 2556; อุทุมพร, 2549; Sirimaneebok, 2008)

### **การประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง**

การประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง เป็นการประเมินวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนเองในญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง เพื่อควบคุมหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่ผ่านมามีเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองพบว่า มีแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าอย่างมาก และเป็นการประเมินโดยใช้คำถามปลายเปิด เป็นการประเมินจากการคำบอกเล่าจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแล ยกตัวอย่างเช่น พิทยาภรณ์และคณะ (2549) ใช้แบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิดโดยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการจัดการอาการ

เหนื่อยล้า ว่ามีวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าอย่างไร (วิธีใดบ้าง แต่ละวิธีทำอย่างไร เวลาที่ใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า ระยะเวลาและสถานที่ที่ใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า) และปัจจัยหรือสิ่งส่งเสริมในการจัดการ/วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า และลัตตาวัลย์และคณะ (2559) ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของดอตต์ และคณะ ประกอบด้วย (1) วิธีการจัดการกับความ เหนื่อยล้า (2) เหตุผลในการเลือก (3) แหล่งที่มาของข้อมูล (4) ผู้ช่วยเหลือ (5) เวลาที่ปฏิบัติ และ (6) สถานที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับคำถามเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่บ้าน โดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการอาการ/วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าว่า การจัดการด้วยวิธีอะไร (what) อย่างไร (how) โดยใคร (who) จัดการโดยใคร (to whom) ทำไม (why) ที่ไหน (where) ความถี่ (how often) และประสิทธิผลอย่างไร (how effective) รวมถึงคำถามประเมินประสิทธิผลของการใช้กลวิธีการจัดการความเหนื่อยล้า

### คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจและเป็นเป้าหมายของการพัฒนาชีวิตของประชาชนในประเทศต่างๆ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนจะทำให้สามารถพัฒนาด้านต่างๆ ได้ดี และรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ แนวคิดคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการรักษาพยาบาล ไม่ใช่เพียงให้หายจากโรคหรือรอดชีวิตเท่านั้น แต่รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม (พรรณทิพา, 2552) ด้านการแพทย์ เนื่องจากภาวะสุขภาพเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Ferrans, Zerwic, Wibur, & Larson, 2005; Maeyer, Vanderplasschen, & Broekaert, 2010) ดังนั้น เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงมีการปรับตัว และรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่เกิดจากผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งครอบคลุมการทำงานของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการรับรู้สุขภาพทั่วไป

### ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนมีความหลากหลายมิติ จึงทำให้เกิดแนวคิดของคุณภาพชีวิตจึงมีมุมมองที่หลากหลายอันเนื่องมาจาก ความแตกต่างด้านศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์และความแตกต่างระหว่างบุคคล (Zhan, 1992) มีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย และสิ่งที่คาดหวัง (WHO, 1996) ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตถูกมองในมิติด้านการทำหน้าที่ทางกาย สังคม การทำบทบาท สุขภาพจิต และการรับรู้สุขภาพทั่วไป ในเรื่องของความต้องการในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีและมีความสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม มาตรฐานทางสังคม สิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ ความสนใจและการให้คุณค่าของแต่ละบุคคล (Steinbuechel et al., 2010; WHO, 1996)

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบด้วยกันซึ่งแต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามทัศนะของแต่ละบุคคล เช่นเดียวกับการให้ความหมายคุณภาพชีวิต ดังนั้นในการแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจึงมีความแตกต่างกันดังตัวอย่างต่อไปนี้

ฟลานาแกน (Flanagan as cited in Burckhardt & Anderson, 2003) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

1. การมีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกายได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก
2. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
4. การมีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ ความเข้าใจในตนเอง การมีงานทำที่น่าสนใจและได้รับผลตอบแทนที่ดี ตลอดจนการได้แสดงออกในทางสร้างสรรค์
5. การมีสันติภาพ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี เล่นกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

วิลสัน และ เคลียร์ (Wilson & Cleary, 1995) อธิบายแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นกระบวนการ 5 ส่วนที่ต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย

1. ด้านชีวภาพและสรีระ (biological and physiological factor) โดยมักจะถูกกำหนดด้วยปัจจัยทางโมเลกุลและพันธุกรรม ทราบได้โดยการประเมินการทำหน้าที่ของเซลล์อวัยวะ และหรือระบบอวัยวะ เป็นหลัก
2. อาการ (symptoms) เป็นผลอาการจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวภาพ และสรีระ แสดงออกมาในรูปแบบของประสบการณ์ส่วนบุคคล สรุปรจากการรวบรวมข้อมูลจากหลากหลายตัวแปรที่แตกต่างกัน แบ่งเป็นอาการทางกาย คือ การรับรู้ ความรู้สึก หรือความเชื่อที่มีต่อสภาวะร่างกายและอาการทางจิตใจ ซึ่งเป็นการการรับรู้ขั้นต้นที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงความรู้สึกบางอย่าง และตัดสินใจว่ามีความสำคัญ จะหาทางเลือกเพื่อช่วยรักษา
3. ความสามารถในการทำหน้าที่ (functioning) สภาวะอาการเป็นสิ่งสำคัญในการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคล ซึ่งเชื่อว่าการที่ประเมินอาการที่สำคัญและมีความเฉพาะเจาะจง ทำให้คาดการณ์ การทำหน้าที่ และผลกระทบต่อปัจจัยชีวภาพและสรีระในการทำหน้าที่
4. การรับรู้สุขภาพทั่วไป (general health perception) เป็นการรับรู้ถึงสุขภาพทั่วไปในภาวะปกติ แสดงออกมาโดย การรวบรวมรับรู้ในทุกด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพทั้งปัจจุบันและอดีต มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านชีวภาพและสรีระ การทำหน้าที่ และหลากหลายปัจจัยที่เป็นผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคล

5. คุณภาพชีวิตโดยรวม (overall quality of life) โดยทั่วไปเป็นการแสดงถึงความ ผาสุก ความพอใจในการใช้ชีวิต ตามการรับรู้ส่วนบุคคล

โดยสรุป องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ นักวิชาการแต่ละท่านกำหนดไว้ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดของ วิลสันและเคลียร์มาเป็น แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ซึ่งเป็นแนวคิดที่เชื่อว่าคุณภาพ ชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งครอบคลุมการ ทำงานของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยเมื่อร่างกายเกิดความ เปลี่ยนแปลงของตัวแปรทางสรีรวิทยา ส่งผลให้เกิดอาการของการเจ็บป่วย กระทบต่อความสามารถ ในการทำหน้าที่ มีผลต่อการรับรู้สุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตโดยรวมของญาติผู้ดูแล

### งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการศึกษาอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยไม่พบ การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองโดยตรง ผู้วิจัยจึงขอขยายการทบทวน วรรณกรรมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และอหิวาตกโรค ซึ่งมี รายละเอียด ดังนี้

การศึกษาในต่างประเทศ โนรัปและคณะ (Norup et al., 2009) ศึกษาอารมณ์ ความเครียด และคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองในปีแรกหลังบาดเจ็บพบว่า คะแนนคุณภาพ ชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำทุกด้าน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์มี คะแนนสูงสุด รองลงมาคือด้านจิตใจ และด้านร่างกาย ตามลำดับ เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีความเครียด และความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง โอสิลและคณะ (Akosile et al., 2011) ศึกษาคุณภาพชีวิตใน ญาติผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีภาระที่นอกเหนือจากการดูแล เช่น การดูแลบุตร ดูแลบ้าน และการทำงานประกอบอาชีพจึงประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับแมคเพียร์สัน และคณะ (McPherson et al., 2011b) ศึกษาคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านพลังแห่งชีวิตมีคะแนนต่ำสุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยที่ สนับสนุนคุณภาพชีวิตคือมีแรงสนับสนุนทางสังคมเช่น การช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ การให้ ความรู้ การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตจึงทำ ให้คุณภาพชีวิตด้านความจำกัดด้านสัมพันธภาพมีคะแนนสูงสุด และผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัย กลางคนที่มีปัญหาสุขภาพและมีโรคประจำตัว จึงทำให้คุณภาพชีวิตด้านพลังแห่งชีวิตมีคะแนนอยู่ใน ระดับต่ำ

สำหรับในประเทศไทยการศึกษาของ ธารินทร์ (2556) ศึกษาคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่า ด้านสุขภาพกายใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนอยู่ ในระดับต่ำที่สุด คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนสูงสุด เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่

อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง รวมทั้งผู้ป่วยมีความต้องการที่อยู่ในภาวะพึ่งพาสูง ร่วมกับผู้ป่วยมีอายุมากจะรู้สึกที่ตนเองดูแลผู้ป่วยไม่ได้ เกิดความท้อแท้ หดท้อกำลังใจ ในขณะที่ความเสื่อมของร่างกายมีเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองต่ำ ในขณะที่เพียงฟ้า (2550) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า คุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส อายุอยู่ในวัยกลางคน และมีรายได้เพียงพอ จึงประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และกุลิสรา (2557) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กกอดทิสติก พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กกอดทิสติกทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ในการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ รายได้และความเพียงพอของรายได้ การสนับสนุนทางสังคมและความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย การศึกษานี้มีข้อสังเกตว่า ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลที่ไม่มีประวัติเจ็บป่วยทางจิต รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย และได้รับการบริการจากโรงพยาบาล และการช่วยเหลือทางการเงินจากนักสังคมสงเคราะห์ จึงสามารถปรับตัวต่อความเครียดและทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับ วีระชัยและคณะ (2556) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้พิการด้อยโอกาสพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยรายด้าน ด้านครอบครัว สังคม และร่างกาย อยู่ในระดับมาก ด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ทั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี มีความวิตกกังวลกับอาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย ทำให้มีความรู้สึกอยากหนีไปจากสภาพความจริงที่เป็นอยู่ อนุสรณ์, รุ่งรัตน์, และพรณา (2559) พบว่าคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการทำหน้าที่ทางกาย รองลงมาคือ การทำหน้าที่ทางสังคม บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์ บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย สุขภาพจิต อาการปวดเกี่ยวกับร่างกาย สุขภาพทั่วไป และด้านพลังแห่งชีวิต

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ในขณะที่ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองอยู่ในระดับต่ำ ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อถัดไป

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีงานวิจัยปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนี้

#### 1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา

1.1 อายุ ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุจะมีความอดทนต่อภาระการดูแลผู้ป่วยมีความพิการ หรือมีความบกพร่องทางพฤติกรรมอารมณ์ หรือผู้ป่วยเรื้อรังได้น้อยกว่า จึงประเมินคุณภาพชีวิตว่าอยู่ในระดับต่ำ (นมิตา, 2548) แตกต่างจากผู้ดูแลที่อยู่ในวัยกลางคน ที่มีการรับผิดชอบสูงผ่านประสบการณ์ต่างๆ ทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดี มีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตที่



ดีกว่า (กุลิสรา, 2557; วีระชัยและคณะ, 2556) ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว ที่ใช้เวลาในการดูแลและทำงาน อาจมีความเหนื่อยล้า หหมดแรง และทำให้มีความคิดในทางลบประเมินคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ

**1.2 เพศ** พบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงจะมีความละเอียดอ่อน และความใส่ใจในรายละเอียดการให้การดูแลมากกว่าเพศชาย จึงประเมินว่ามีคุณภาพชีวิตที่อยู่ในระดับต่ำกว่าเพศชาย (กุลิสรา, 2557; Akosile et al., 2011)

**1.3 สถานะทางเศรษฐกิจ** การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีผลกระทบต่อผู้ดูแลให้เกิดความเครียดส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (วีระชัยและคณะ, 2556) การศึกษาของกุลิสรา (2557) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี เนื่องจากญาติมีรายได้ที่เพียงพอต่อรายจ่าย รายได้สูงกว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า (Favero & Santos, 2010) นอกจากนี้ความเพียงพอของรายได้อีกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยการมีเงินเก็บสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าไม่มีเงินเก็บ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูหรือรักษาในระยะยาว ต้องใช้เงินในการรักษาพยาบาล ต้องวางแผนในการใช้จ่าย เพราะฉะนั้นการมีรายได้ที่เพียงพอ ทำให้สามารถวางแผนการใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้ จึงปรับตัวต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (วีระชัยและคณะ, 2556; Xiong, Yang, Yu, Hou, & Li, 2011)

**1.4 ระดับการศึกษา** พบว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะประเมินคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า เนื่องจาก ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความละเอียดรอบครอบในการดูแล และมีความเป้าหมายสูงกว่า ทำให้เกิดภาวะเครียดในการดูแล และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (กุลิสรา, 2557; Yu, Hu, Efird, & McCoy, 2012)

## **2. ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย**

การที่ผู้ดูแลมีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัวทั้งทางกายและทางจิต มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การศึกษาของเมคเพียร์สันและคณะ (McPherson et al., 2011a) พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่ต้องทุ่มเทแรงกายและแรงใจเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดความเครียดสูง ผู้ดูแลที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตไม่แข็งแรงมีแนวโน้มความสามารถในการปรับตัวต่ำกว่าผู้ที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี (วีระชัยและคณะ, 2556; Lynch & Lobo, 2012) เช่นเดียวกับอนุสรณ์ รุ่งรัตน์, และพรนภา (2559) ที่พบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการมีโรคประจำตัวบ่งบอกถึงความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกายหากมีโรคประจำตัวก็จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ปัญหาสุขภาพ จำนวนโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง มีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chen et al., 2010; Yu et al., 2012)

## **3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม**

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ สภาพแวดล้อมบริบทที่อาศัย สัมพันธภาพในครอบครัว แหล่งสนับสนุนทางสังคม

**3.1 สภาพแวดล้อม** สภาพแวดล้อมและบริบทที่อาศัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต วีระชัยและคณะ (2553) พบว่า ผู้ดูแลประเมินคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมว่าอยู่ในระดับปานกลาง

เนื่องจากที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทและบ้านเรือนอยู่ติดถนนเป็นส่วนใหญ่ ได้รับไรวุ่น กลิ่นเหม็น เสียงดัง การรบกวนจากสัตว์เป็นประจำ ได้รับเสียงดังโดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ในหมู่บ้าน และได้รับการรบกวนจากยุงและแมลงวัน ต่างจากบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนที่สะดวกสบายเหมาะสมกับผู้พิการ และมีความพึงพอใจในที่อยู่อาศัยของตน

3.2 *สัมพันธภาพในครอบครัว* ครอบครัวผู้ป่วยที่มีความรักใคร่สัมพันธ์กันดี แบ่งเบาภาระงานบ้าน ช่วยดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าครอบครัวมีความสุข ครอบครัวส่วนใหญ่ที่มีสมาชิกมากกว่า 3 คน สถานภาพสมรสคู่ มีความผูกพันกันแบบเครือญาติ ส่งผลต่อกำลังใจที่ดีมีกำลังกายและมีความสุขในการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (วีระชัยและคณะ, 2553)

3.3 *แหล่งสนับสนุนทางสังคม* วีระชัยและคณะ (2553) พบว่า ถ้าผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในหมู่บ้านได้รับกำลังใจจากคนในหมู่บ้าน มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ เป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน เนื่องจากอาศัยอยู่ในเขตชนบทมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติ ผู้ดูแลมีความต้องการให้มีเครือข่ายแลกเปลี่ยนความรู้และต้องการการดูแลเยี่ยมเยียนจากบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น (Susem, 2010)

### การประเมินคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่ามีเครื่องมือที่นิยมใช้ในการประเมินระดับคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ (1) แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบสั้น (Short Form [SF]-36 Health Surveys) (2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตแบบสั้นขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of life Questionnaire, [WHOQOL-BREF]) มีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

#### *แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบสั้นเอสเอฟ 36 (Short Form [SF]-36 Health Surveys)*

แบบประเมินภาวะสุขภาพแบบสั้นเอสเอฟ 36 เป็นแบบประเมินที่ประเมินคุณภาพชีวิตแบบปรนัย พัฒนาขึ้นโดยแวร์และแกนด์ (Ware & Gandek, 1998) ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ คือ สุขภาพทางกายภาพหรือด้านร่างกาย และและสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วยแปดมิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ทางกาย บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากสุขภาพทางกาย ความปวด สุขภาพทั่วไปพลังกำลัง กิจกรรมทางสังคม บทบาทที่ถูกจำกัดจากสุขภาพทางอารมณ์และสุขภาพจิต เป็นคำถามด้านสุขภาพในช่วงสี่ปีที่ผ่านมา ตัวเลือกตอบเป็นลำดับมากน้อย แต่ละมิตินี้คะแนนตั้งแต่ 0-100 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้มีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มประชากรที่หลากหลายทั้งในกลุ่มบุคคลที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย (Akosile et al., 2011; Norup et al., 2009; Polinder et al., 2015) โอลิและคณะ (Akosile et al., 2011) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85 แมคเพียร์สันและคณะ (McPherson et al., 2011b) ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .81 ในมิติด้านร่างกาย และเท่ากับ .85 ในมิติด้านจิตใจ สำหรับในประเทศไทย วัชรและปารณีย์ (2543) ได้แปลเครื่องมือ SF-36 เป็นภาษาไทยได้ทำการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 60 คน และกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ 569 คน ผลการทดสอบพบว่า

สามารถวัดความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีและไม่มีโรคประจำตัวได้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ตั้งแต่ .63 - .77 มีคุณสมบัติสอดคล้องกับต้นฉบับภาษาอังกฤษหลายประการ

นอกจากนี้ จิระรัตน์โพธิ์ชัยและคณะ (2548) ได้ทำการแปลแบบประเมินดังกล่าว รุ่นที่ 2 ฉบับภาษาไทย โดยศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง 100 คน ที่มีอาการปวดแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง รวมไปถึงอาการปวดหลังร้าวลงขา ร่วมกับอาการทางระบบประสาท ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคตั้งแต่ .72 - .93 และนาริรัตน์ (2557) ได้นำเครื่องมือ รุ่น 2 ฉบับภาษาไทย มาใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .94

### **แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบสั้นขององค์การอนามัยโลก**

เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นแบบอัตนัย ที่องค์การอนามัยโลกสร้างขึ้น ภายใต้คำนิยามของคุณภาพชีวิต พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตจำนวน 100 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 24 หมวด (WHO, 1996) จากนั้นองค์การอนามัยโลกได้นำมาปรับปรุงโดยเลือกข้อคำถาม ในแต่ละหมวดมาหมวดละ 1 ข้อ แล้วรวมหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตโดยรวม และสุขภาพทั่วไป อีกสองคำถาม เป็น 26 ข้อคำถามโดยครอบคลุมสี่มิติคือ สุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เครื่องมือนี้เน้นคุณภาพชีวิตของผู้ตอบ โดยไม่คาดหวังวัดรายละเอียดของ อาการ โรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่เป็นการประเมินผลของโรค อาการ และวิธีการรักษา (สุวัฒน์, วิระวรรณ, และวนิดา, 2545) เครื่องมือมีค่าในช่วงคะแนนเท่ากับ 4-20 สามารถแปลงคะแนนเป็น 0 - 100 ได้คะแนนสูง หมายถึง คุณภาพชีวิตดี (Polinder et al., 2015) ครอนิสเตอร์และคณะ (Chronister et al., 2010) ได้นำเครื่องมือไปใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ของการปรับตัวกับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .94 สำหรับในประเทศไทย มีการแปลเครื่องมือ เป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์และคณะ (2545) และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ .84 และค่าความตรงได้ .65 และมีผู้นำเครื่องมือนี้มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วย (กุลิสรา, 2557; ธารินทร์, 2556; เฟื่องฟ้า, 2550)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินภาพภาวะสุขภาพแบบสั้นเอสเอฟ 36 (Short Form [SF]-36 Health Surveys) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินการรับรู้อาการ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ บทบาทการทำงานของร่างกาย ความเป็นอยู่ที่ดี ผลกระทบของโรคและความสัมพันธ์ที่เป็นผลจากการรักษาสุขภาพ และเป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบว่ามีความน่าเชื่อถือสูงจึงมีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิต (Polinder et al., 2015) ซึ่งพบว่ามีผู้นำไปใช้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ อย่างแพร่หลาย

## สรุปการทบทวนวรรณกรรม

การได้รับบาดเจ็บสมองเป็นการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ต้องคงอยู่กับความบกพร่อง และหรือความพิการที่หลงเหลือมามากน้อยตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ จึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพ ญาติผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญที่คอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่กิจวัตรประจำวัน กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ และกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การที่ญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลให้ไม่มีเวลาพักผ่อนหรือรับประทานอาหาร รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เกิดการเบื่อหน่าย ท้อแท้ ทำให้รู้สึกว่าคุณป่วยเป็นภาระที่ต้องคอยให้การดูแล มีเวลาทำกิจกรรมของตนเองน้อยลง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้า การที่ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงอาการเหนื่อยล้าเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม เช่น ทำให้มีความไม่สุขสบาย มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง ทำให้ศักยภาพในการดูแลลดลง คุณภาพชีวิตของญาติและผู้ป่วยต่ำลง เป็นผลให้ผู้ดูแลต้องหาวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เพื่อให้หาย บรรเทา หรือชะลออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการจัดการตามประสบการณ์ หรือความเชื่อที่เกิดขึ้นของตนเอง ซึ่งอาจใช้เพียงวิธีเดียวหรือหลายวิธีร่วมกัน และผลลัพธ์ของประสบการณ์อาการและการจัดการดังกล่าวอาจเกี่ยวโยงกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองตามที่ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) กล่าวไว้ว่า ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กันและอาจเชื่อมโยงกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและการเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบผลการศึกษาเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาทางสมองจากงานวิจัยในต่างประเทศซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำผลมาอ้างอิงญาติผู้ดูแลในประเทศไทยได้ เนื่องจากความแตกต่างของบริบทสิ่งแวดล้อม อาทิเช่น ลักษณะและสัมพันธภาพของครอบครัว สภาพสังคม และระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้องค์ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองรุนแรงในประเทศไทยยังมีค่อนข้างจำกัดและผ่านมาเป็นเวลาหลายสิบปีแล้ว ในขณะที่ปัจจุบันระบบการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตในญาติผู้บาดเจ็บสมอง เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานแก่เจ้าหน้าที่สุขภาพที่เกี่ยวข้องในการวางแผนการดูแลผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันและหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้า และคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง มีวิธีการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การดำเนินการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองที่มารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของเขตภาคใต้ตอนบน

##### กลุ่มตัวอย่าง

##### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการสุ่มตามความสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด (Convenience Sampling) ที่มารับบริการในคลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของเขตภาคใต้ตอนบน ระหว่างเดือน มีนาคม – ธันวาคม 2559 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรงซึ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและให้การดูแลผู้บาดเจ็บสมองดังกล่าวที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือนโดยไม่มีค่าจ้างในการดูแล

2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถในการสื่อสารภาษาไทย

##### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

##### การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองประจำปีงบประมาณ 2557 ของโรงพยาบาลที่มี GCS = 3-13 คะแนน ณ วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 220 ราย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตาราง Krejcie & Morgan (บุญใจ, 2544) (ภาคผนวก จ) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 140 ราย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 5 เครื่องมือ (ภาคผนวก ค) ได้แก่

### 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บสมอง

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา บุตร/หลานที่ต้องดูแล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ผลกระทบเกี่ยวกับการเงินของครอบครัวจากผลการเจ็บป่วย/การรักษาของผู้ป่วย ภูมิลำเนาที่อาศัย ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การได้รับการอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย บุคคลผู้ช่วยเหลือในการดูแล พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาและทำให้กังวลมากที่สุด เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

### 2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บสมอง

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ คะแนนกลาสโกวโคมาสเกล (Glasgow Coma Scale) เมื่อแรกรับและสภาพผู้ป่วยปัจจุบัน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การใช้อุปกรณ์พิเศษ และสิทธิการรักษา โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลและแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

### 3. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บสมอง

แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บสมอง เป็นแบบประเมินที่พิทยาภรณ์และคณะ (2549) ดัดแปลงมาจากแบบวัดอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อคำถามปลายปิดจำนวน 22 ข้อ (คำถามข้อที่ 2 - 23) และส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 3 ข้อ โดยประกอบด้วยข้อคำถามเชิงคุณภาพจำนวน 1 ข้อ คือ นานเท่าไรแล้วที่ท่านรู้สึกเกิดอาการเหนื่อยล้า (คำถามข้อที่ 1) และข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ คือสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า และอาการอื่นนอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า (คำถามข้อที่ 24 และ 25) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเฉพาะส่วนที่ 1 ข้อคำถามปลายปิดจำนวน 22 ข้อมาใช้เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในการศึกษาระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า

1) ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง จำนวน 6 ข้อคือ คำถามข้อ 2-7 โดยคำตอบในแต่ละข้อจะให้คะแนนเป็นมาตรฐานวัดระดับอาการเหนื่อยล้าที่เป็นตัวเลขมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่มีความรู้สึกว่าอาการนั้นรบกวนเลย และ 10 หมายถึง มีความรู้สึกว่าอาการนั้นรบกวนมากที่สุด

2) ด้านการรับรู้/เจตคติ จำนวน 5 ข้อ คือ คำถามข้อ 8-12 โดยคำตอบในแต่ละข้อจะให้คะแนนเป็นมาตรฐานวัดระดับอาการเหนื่อยล้าที่เป็นตัวเลขมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง มีเจตคติด้านบวกต่ออาการนั้น และ 10 หมายถึง มีเจตคติด้านลบต่ออาการนั้น

3) ด้านความรู้สึก จำนวน 5 ข้อ คือ คำถามข้อ 13-17 โดยคำตอบในแต่ละข้อจะให้คะแนนเป็นมาตรฐานวัดระดับอาการเหนื่อยล้าที่เป็น มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง มีความรู้สึกในทางบวก และ 10 หมายถึง มีความรู้สึกในทางลบ

4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ คือ คำถามข้อที่ 18-23 โดยคำตอบในแต่ละข้อจะให้คะแนนเป็นมาตรฐานวัดระดับอาการเหนื่อยล้าที่เป็นตัวเลข มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-10 โดย 0 หมายถึง มีความรู้สึกในทางด้านบวก และ 10 หมายถึง มีความรู้สึกในทางด้านลบ

#### *การให้คะแนน และแปลความหมายของอาการเหนื่อยล้า*

การให้คะแนน และแปลความหมายของอาการเหนื่อยล้า สามารถแบ่งออกเป็นรายด้าน และคะแนนรวมของอาการเหนื่อยล้า (Piper, 2003) โดยคิดเฉพาะส่วนข้อคำถามปลายปิดจำนวน 22 ข้อ คือ คำถามข้อ 2-23 ส่วนข้อคำถามเชิงคุณภาพ คือ คำถามข้อ 1 และข้อคำถามปลายเปิดข้อ 24 และ 25 ไม่นำมาคิดเป็นคะแนน เนื่องจากเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อเป็นประโยชน์ในการประเมินอาการเหนื่อยล้าได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น จึงมีการแปลคะแนน ดังนี้

*คะแนนรายด้านของอาการเหนื่อยล้า* ให้รวมคะแนนทั้งหมดในแต่ละด้าน แล้วนำมาหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้าน เพื่อให้คะแนนที่ได้อยู่ในช่วงคะแนน 0-10 คะแนน

*คะแนนรวมของอาการเหนื่อยล้า* แบบวัดอาการเหนื่อยล้ามีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-220 คะแนน และแปลความหมายของคะแนน โดยนำคะแนนรวมทั้ง 22 ข้อ มาคำนวณหาค่าเฉลี่ยโดยการหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด เพื่อให้คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 0-10 คะแนน

การแปลความหมายของระดับอาการเหนื่อยล้าในรายด้านและรวม สามารถแบ่งเป็น 4 ระดับ (Piper, 2003) คือ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับอาการเหนื่อยล้า
0	ไม่มีอาการเหนื่อยล้า
0.01-3.99	เล็กน้อย
4.00-6.99	ปานกลาง
7.00-10.00	มาก

#### **4. แบบประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง**

แบบประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายเปิดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาการเหนื่อยล้า โดยมีข้อคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการอะไร (what) จัดการอย่างไร (how) ใครจัดการ (who) ทำไมต้องจัดการ (why) จัดการโดยใคร (to whom) จัดการที่ไหน (where) และจัดการถี่เพียงใด (how often) มีสามตัวเลือก คือ 1 เท่ากับปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 เท่ากับ ปฏิบัติบางครั้ง และ 3 เท่ากับปฏิบัติบ่อยครั้ง รวมถึงคำถามประเมินประสิทธิผล (how effective) ของการใช้กลวิธีการจัดการความเหนื่อยล้าหนึ่งข้อ มี 5 ตัวเลือก (1-5) คือ 1 หมายถึง ไม่ได้ผล 2 เท่ากับได้ผลน้อย 3 เท่ากับได้ผลปานกลาง 4 เท่ากับได้ผลดี และ 5 เท่ากับได้ผลดีมาก

การแปลความหมายของระดับความถี่และประสิทธิผลของการจัดการอาการเหนื่อย  
ล้าแบ่งเป็น 3 ระดับ (นาริรัตน์, 2557) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับความถี่
1.00-1.66	ปฏิบัตินานๆ ครั้ง
1.67-2.33	ปฏิบัติบางครั้ง
2.34-3.00	ปฏิบัติบ่อยครั้ง
คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับประสิทธิผล
1.00-2.33	เล็กน้อย
2.34-3.67	ปานกลาง
3.68-5.00	มาก

## 5. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง SF-36 (Short Form (SF)-36 Health Surveys) รุ่นที่ 2

แบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 รุ่นที่ 2 ได้รับการแปลจากภาษาอังกฤษมาเป็นภาษาไทยโดยจิระ รัตนโพธิ์ชัยและคณะ (2548) ถูกนำมาใช้เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บไขสันหลังในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย 36 ข้อแต่ละข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบลำดับ ซึ่งมีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ สามารถจัดหมวดหมู่คุณภาพชีวิตเป็นสองด้าน คือ (1) ด้านร่างกาย มีสี่มิติได้แก่ การทำหน้าที่ทางกาย (10 ข้อ) บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย (4 ข้อ) ความเหนื่อยล้า (2 ข้อ) และการรับรู้สุขภาพทั่วไป (5 ข้อ) และ (2) ด้านจิตใจ มีสี่มิติได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม (2 ข้อ) พลังแห่งชีวิต (4 ข้อ) บทบาทที่จำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์ (3 ข้อ) และสุขภาพจิตทั่วไป (5 ข้อ) และอีกหนึ่งข้อเป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบสุขภาพของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บในปัจจุบัน

การคำนวณคะแนนและการแปลผลระดับคุณภาพชีวิต สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ คำถาม ข้อที่ 1, 2, 6, 7, 8, 9.1, 9.4, 9.5, 9.8, 11.2, และ 11.4 (ภาคผนวก ค) ได้นำมากลับคะแนนก่อน และรวมคะแนนในแต่ละมิติคือ มิติการทำหน้าที่ทางกายข้อคำถามที่ 3.1 - 3.10 (10 ข้อ) มิติบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกายข้อคำถามที่ 4.1 - 4.4 (4 ข้อ) มิติความเหนื่อยล้าข้อคำถามที่ 7 และ 8 (2 ข้อ) มิติการรับรู้สุขภาพทั่วไป ข้อคำถามที่ 1, 11.1-11.4 (5 ข้อ) มิติการทำหน้าที่ทางสังคมข้อคำถามที่ 6 และ 10 (2 ข้อ) มิติพลังแห่งชีวิตข้อคำถามที่ 9.1, 9.5, 9.7, และ 9.9 (4 ข้อ) บทบาทที่จำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์ ข้อคำถามที่ 5.1-5.3 (3 ข้อ) และสุขภาพจิตทั่วไปข้อคำถามที่ 9.2, 9.3, 9.4, 9.6, 9.8 (5 ข้อ) และอีกหนึ่งข้อเป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบสุขภาพของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บในปัจจุบัน จากนั้นนำมาคำนวณเป็นร้อยละแต่ละมิติมีคะแนน 0 (แย่ที่สุด) ถึง 100 (ดีที่สุด) เฉลี่ยคะแนนโดยรวมและรายด้าน โดยนำคะแนนที่ได้มาเทียบเป็น 100 คะแนน มีค่าตั้งแต่ 0-100



การแปลความหมายระดับของคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านแบ่งเป็นสามระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลระดับจาก จิระ รัตน์โพธิ์ชัยและคณะ (2548) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม/รายด้าน
00.00 - 33.33	ต่ำ
33.34 - 66.67	ปานกลาง
66.68 - 100.00	สูง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### การหาความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บสมอง แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง แบบประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านครอบครัว หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้บาดเจ็บสมองจำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ การใช้ภาษาในข้อคำถามบางข้อ เพื่อให้มีความคมชัดขึ้นแต่ยังคงความหมายเดิม และนำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index- CVI) จนได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (item-level CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (scale-level CVI) เท่ากับ .90

#### การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม

หลังจากตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ไปทดลองใช้กับญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย และกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 140 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 และ .82 ตามลำดับ

## การดำเนินการเก็บข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอการดำเนินการเก็บข้อมูล และชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูลในคลินิก

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานบริการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและวิธีการเก็บข้อมูล

### 2. ขั้นตอนเตรียมผู้วิจัย

2.1 ผู้วิจัยศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ศึกษา ลักษณะการให้บริการ กฎระเบียบต่างๆ เพื่อช่วยเป็นแนวทางในการเก็บข้อมูล

2.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การศึกษา กระบวนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เนื้อหารายละเอียดแบบสอบถาม วิธีการเก็บข้อมูลอย่างถูกต้องสมบูรณ์ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยสามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

### 3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลที่ศึกษา ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยให้พยาบาลเป็นผู้ติดต่อกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บสมองเพื่อแนะนำผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย

3.2 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บสมองที่คลินิกผู้ป่วยนอก เพื่อขอความร่วมมือในการทำการวิจัย (ภาคผนวก ข) โดยมีการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธ์ภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์การจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลตามแบบสอบถามจนเข้าใจ

3.3 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูลโดยบอกให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษา และมีสิทธิที่จะยุติการให้ข้อมูลตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลครั้งนี้จะถือเป็นความลับอย่างเคร่งครัด รวมถึงมีการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัยหรือรายละเอียดเพิ่มเติมได้

3.4 เมื่อญาติผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ข) โดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยอธิบายการตอบแบบสอบถาม และขออนุญาตจัดบันทึกข้อมูลในระหว่างการสัมภาษณ์ หรือติดต่อสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลทางโทรศัพท์ (กรณีที่อยู่อาศัย อยู่นอกเขตเมือง) ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลดังกล่าวประมาณ 30 นาที

3.5 สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บสมองที่ไม่ได้เป็นผู้พาผู้ป่วยมาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเจ้าหน้าที่เวรระเบียบในการค้นหารายชื่อผู้ป่วยที่มี

คุณสมบัติตามกำหนด แล้วผู้วิจัยติดต่อกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผ่านเจ้าหน้าที่พยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ให้แนะนำผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงให้ข้อมูลดำเนินการวิจัย เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย และตอบรับการเข้าร่วมวิจัยโดยวาจา ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจึงนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ต่อไป สำหรับการศึกษาคั้งนี้สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จำนวน 15 ราย

3.6 หลังจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบในการตอบแบบสอบถาม หากพบว่าคำตอบใดขาดหายไปผู้วิจัยจะสอบถามเพิ่มเติม เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์

3.7 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจัดทำโครงร่างวิจัยและผ่านความเห็นชอบจากจากจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล รหัสโครงการ 09/2559 (ภาคผนวก ก) ต่อจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้วิจัยมีการแนะนำตัว และอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและระยะเวลาของการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม (ภาคผนวก ข) ชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ในระหว่างการทำวิจัยกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถามจนครบ สามารถออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุด โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อการรักษา และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การตอบแบบสอบถามถือว่ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเพิ่มเติมกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ คำแนะนำในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่นำมาประมวลผลข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์โดยใช้สถิติต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วย ระดับอาการเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลโดยคำนวณหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ สำหรับข้อมูลที่มีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติวิเคราะห์โดยใช้ค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range)

2. วิเคราะห์ข้อมูลอย่างง่าย (simple content analysis) ในส่วนของแบบประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง โดยใช้รูปแบบวิเคราะห์เชิงเนื้อหาอย่างง่าย โดยนำมาอ่านและทำความเข้าใจ หลังจากนั้นนำข้อความที่มีความหมายเหมือนกันมาไว้ในกลุ่ม

เดียวกัน ปรับภาษาหรือคำที่ยังคงสื่อความหมายเดิมเพื่อลดความซ้ำซ้อนพร้อมนำมาสรุปอีกครั้ง แล้วนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ โดยทุกขั้นตอนผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

## บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง เลือกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกำหนด 140 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ผลการวิจัยและอภิปรายนำเสนอผลตามลำดับ ดังนี้

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ (1) ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง (2) ลักษณะทั่วไปของผู้บาดเจ็บสมอง (3) ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง (4) วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง และ (5) คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลจำนวน 140 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.30 อายุเฉลี่ย 45 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.60) มีการศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตร/ปริญญาตรี (ร้อยละ 57.90) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีภาระการดูแลบุคคลอื่น (ร้อยละ 95.70) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 87.86) โดยในจำนวนนี้รับจ้าง (ร้อยละ 41.42) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001–20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 67.20) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลส่วนใหญ่แข็งแรง (ร้อยละ 94.30) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือ เป็นบิดามารดา (ร้อยละ 40) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 2 ปี 6 เดือน จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันประมาณ 15 ชั่วโมงต่อวัน ญาติผู้ดูแลทั้งหมดได้รับการอบรมดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ เรื่องการอาบน้ำ/การเช็ดตัว (ร้อยละ 100) การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ (ร้อยละ 97.90) และการให้อาหารทางสายยาง (ร้อยละ 95.70) ในขณะที่การอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดและอาการเหนื่อยล้ามีเพียงร้อยละ 6.40 กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างต้องดูแลผู้ป่วยได้แก่ การอาบน้ำ/เช็ดตัว (ร้อยละ 99.30) การออกกำลังกาย/การทำกายภาพบำบัด (ร้อยละ 96.40) การพลิกตะแคงตัว (ร้อยละ 92.90) และประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีบุคคลที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลรู้สึกหนักใจมากที่สุดระหว่างการดูแลคือ ความพิการ (ร้อยละ 97.90) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย (ร้อยละ 52.10) ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ซัก หายใจหอบเหนื่อย และมีไข้สูง (ตาราง 1)

## ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	n	%
เพศ		
ชาย	50	35.70
หญิง	90	64.30
อายุ (ปี) (M =45.80, SD =10.53, Max=68, Min=25)		
20 – 30	21	15.00
31 – 40	32	22.85
41 – 50	42	30.00
51 – 60	39	27.85
>60	6	4.30
สถานภาพสมรส		
โสด	44	31.40
คู่	89	63.60
หม้าย/แยก/หย่า	7	5.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	2.90
ประถมศึกษา	22	15.70
มัธยมศึกษา	29	20.70
ประกาศนียบัตร/ปริญญาตรี	81	57.90
สูงกว่าปริญญาตรี	4	2.90
การต้องดูแลบุคคลอื่นในปัจจุบัน		
ไม่มี	134	95.70
มี (เช่น บุตร บิดา มารดา)	6	4.30
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	12.14
รับจ้าง	58	41.42
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	36	25.72
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	29	20.72

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	<i>n</i>	%
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) ( <i>Min-Max</i> = 2,000-30,000) <i>Median</i> =10,000, <i>IQR</i> =14,000		
≤ 5,000	1	0.70
5,001 – 10,000	23	16.40
10,001 – 20,000	94	67.20
20,001 – 30,000	21	15.00
>30,000	1	0.70
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	17	12.10
เพียงพอ	123	87.90
ความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยผลกระทบต่อ การเงินของครอบครัว		
ไม่มีเลย	9	6.40
เล็กน้อย	2	1.40
ปานกลาง	110	78.60
มาก	19	13.60
ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน		
แข็งแรง	129	94.30
ไม่แข็งแรง (ผู้สูงอายุ)	4	4.30
มีโรคประจำตัว (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, หัวใจ และหลอดเลือด, ไมเกรน)	7	1.40
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
มารดา	56	40.00
ภรรยา	22	15.70
บุตร	21	15.00
ญาติ (พี่/น้อง/ปู่/ย่า/ตา/ยาย)	41	29.30
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (เดือน) ( <i>M</i> = 29.43, <i>SD</i> = 8.52, <i>Max</i> = 120, <i>Min</i> = 1)		
1 – 6	25	17.90
7 – 12	45	32.20
>12	70	49.90

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	<i>n</i>	%
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ( $M= 15.05, SD= 3.47,$ $Max= 22, Min= 8$ )		
1 -8	2	1.43
9 - 16	91	65.00
17 -24	47	34.57
ประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย *		
ไม่เคย	0	0
เคย	140	100.00
การอาบน้ำ/การเช็ดตัว	140	100.00
การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ	137	97.90
การให้อาหารทางสายยาง	134	95.70
การออกกำลังกาย/การทำกายภาพบำบัด	122	87.10
การเช็ดตัวลดไข้	45	32.10
การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ	39	27.90
การดูแลสายสวนปัสสาวะ	11	7.90
การจัดการกับความเครียด/อาการเหนื่อยล้า	9	6.40
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน *		
การอาบน้ำ/เช็ดตัว	139	99.30
การออกกำลังกาย/การทำกายภาพบำบัด	135	96.40
การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ	130	92.90
การดูแลสายสวนปัสสาวะ	125	89.30
การให้อาหารทางสายยาง	123	87.90
การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ	37	26.40
การดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ	24	17.10
พฤติกรรมหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นปัญหาที่ผู้ดูแล รู้สึกหนักใจมากที่สุด *		
ความพิการ	137	97.90
ภาวะหรืออาการแทรกซ้อน (เช่น มีไข้สูง ชัก ซึม ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจหอบเหนื่อย)	73	52.10
โวยวาย/อารมณ์แปรปรวน	20	14.30
สับสน	17	12.10

\*ญาติผู้ดูแลแต่ละคนรายงานมากกว่า 1 ข้อ



## ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บสมอง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้บาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80.70) อายุอยู่ในช่วงวัยทำงาน 26 - 35 ปี (ร้อยละ 29.20) รองลงมาคือ วัยกลางคน 46 - 60 ปี (ร้อยละ 25.70) โดยพบว่ามีอายุเฉลี่ย 39.16 ปี ( $SD=15.14$ ) ระดับคะแนนกลาสโกว์โคมา (GCS) ณ วันที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับบาดเจ็บสมองรุนแรง (GCS= 3-8 คะแนน) (ร้อยละ 94.30) และคะแนน GCS ณ วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (GCS= 3-8 คะแนน) (ร้อยละ 92.20) ระยะเวลาตั้งแต่บาดเจ็บถึงปัจจุบันเฉลี่ย 2 ปี 5 เดือน สภาพผู้ป่วยในปัจจุบันมีความพิการรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น จำนวน 111 ราย (ร้อยละ 79.30) และรองลงมาคือ มีความพิการปานกลาง ประกอบอาชีพไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นบางครั้ง (ร้อยละ 20.70) (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของผู้บาดเจ็บสมองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N = 140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	n	%
เพศ		
ชาย	113	80.70
หญิง	27	19.30
อายุ (ปี) ( $M = 39.16, SD = 15.14, Max = 76, Min = 13$ )		
≤ 25	31	6.40
26 - 35	41	29.20
36 - 45	24	17.10
46 - 60	36	25.70
≥ 60	8	5.70
สภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน		
มีความพิการปานกลาง ประกอบอาชีพไม่ได้	29	20.70
มีความพิการรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	111	79.30
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน) ( $M = 28.74, SD = 3.01, Max = 120, Min = 1$ )		
1 - 6	23	37.90
7 - 12	38	5.70
≥ 12	79	56.40
ระดับคะแนน GCS ณ วันที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่		
9-13	8	5.70
3- 8	132	94.30

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	<i>n</i>	%
ระดับคะแนน GCS ณ วันที่จำหน่าย		
9-13	129	92.20
3- 8	11	7.80

### ส่วนที่ 3 ประสพการณ์อาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M= 5.31, SD= 0.54$ ) เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้/เจตคติมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับมาก ( $M= 7.72, SD= 0.82$ ) ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ( $M= 5.63, SD= 0.78$ ) และด้านความรู้สึกลึก ( $M= 5.50, SD= 1.60$ ) มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง และด้านสติปัญญาและอารมณ์มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ( $M= 2.84, SD= 0.76$ ) (ตาราง 3)

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลโดยรวมและรายด้าน ( $N=140$ )

อาการเหนื่อยล้า	<i>Max - Min</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง	0.00-10.00	5.63	0.78	ปานกลาง
1. ความรุนแรง	5.00-10.00	7.65	1.06	
2. ความรู้สึกทรมาน	0.00-10.00	7.57	1.39	
3. อาการเหนื่อยล้ารบกวน ความสามารถในการทำงานให้ เสร็จ	0.00-10.00	7.37	1.44	
4. อาการเหนื่อยล้ารบกวน ความสามารถในการเข้าร่วม กิจกรรมที่ชอบ	1.00 - 9.00	5.58	1.42	
5. อาการเหนื่อยล้ารบกวน ความสามารถในการพูดคุยหรือมี กิจกรรมทางสังคม	3.00-10.00	5.30	1.42	
6. อาการเหนื่อยล้ารบกวน เพศสัมพันธ์	0.00-4.00	0.27	1.49	

ตาราง 3 (ต่อ)

อาการเหนื่อยล้า	Max - Min	M	SD	ระดับ
ด้านการรับรู้/เจตคติ	2.00-10.00	7.72	0.82	มาก
1. สิ่งสนุกสนาน-ไม่สนุกสนาน	5.00-10.00	8.73	1.18	
2. สิ่งที่ดี-สิ่งไม่ดี	5.00-10.00	8.65	1.20	
3. สิ่งที่ปกป้อง-สิ่งที่ทำลาย	4.00-10.00	7.83	1.37	
4. สิ่งที่ปกติ-ผิดปกติ	4.00-10.00	6.28	1.46	
ด้านความรู้สึก	0.00-9.00	5.50	1.60	ปานกลาง
1. สดชื่น-เหนื่อย	3.00-9.00	6.35	1.76	
2. มีพลัง-หมดพลัง	3.00-9.00	5.72	1.37	
3. มีชีวิตชีวา-เฉื่อยหงอย	3.00-8.00	5.26	1.25	
4. แข็งแรง-อ่อนแอ	0.00-9.00	5.17	1.62	
5. มีความตื่นตัว-ง่วงซึม	1.00-8.00	4.95	1.12	
ด้านสติปัญญาและอารมณ์	0.00-10.00	2.84	0.76	เล็กน้อย
1. ผ่อนคลาย-ตึงเครียด	2.00-10.00	5.06	1.43	
2. ร่าเริง-ซึมเศร้า	1.00-7.00	4.70	0.94	
3. มีความอดทน-ไม่มีความอดทน	0.00-10.00	4.54	1.45	
4. สามารถรวบรวมสมาธิได้- ไม่สามารถรวบรวมสมาธิได้	0.00-5.00	0.94	1.20	
5. สามารถคิดได้อย่างกระจ่างแจ้ง- ไม่สามารถคิดได้อย่างกระจ่างแจ้ง	0.00-4.00	0.91	1.15	
6. สามารถจำสิ่งต่างๆได้-ไม่สามารถ จำสิ่งต่างๆได้	0.00-5.00	0.87	1.17	
โดยรวม	2.00-10.00	5.31	0.54	ปานกลาง

#### ส่วนที่ 4 วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลทุกคนมีวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยาด้วยวิธีการต่าง ๆ กัน และมีเพียงจำนวนน้อยที่เชี่ยวชาญ สำหรับวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าจำแนกได้เป็นการดูแลด้านร่างกาย และการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านการดูแลร่างกายได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การนวด การรับประทานอาหาร การทำร่างกายให้สดชื่น และด้านการดูแลจิตใจและอารมณ์ได้แก่ การเบี่ยงเบนความสนใจ การสร้างกำลังใจและการทำจิตใจให้สงบ

สำหรับวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ไม่ใช่ยา ที่จำนวนญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุดสามอันดับแรก คือ การนอนหลับพักผ่อน ( $n=69$ , ร้อยละ 49.28) การออกกำลังกาย ( $n=34$ , ร้อยละ 24.28) การเบี่ยงเบนความสนใจ ( $n=30$ , ร้อยละ 21.42) (ตาราง 4) ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลจัดการอาการด้วยตนเอง ( $n=140$ , ร้อยละ 66.67-100.00) (ตาราง 4) โดยให้เหตุผลของการเลือกใช้วิธีการจัดการ ได้แก่ ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ( $n=55$ , ร้อยละ 36.18) รู้สึกสดชื่น ( $n=25$ , ร้อยละ 16.44) และทำได้ด้วยตนเอง ( $n=19$ , ร้อยละ 12.50) (ตาราง 5) สำหรับความถี่ในการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช่ยาพบว่า วิธีการที่ใช้บ่อยครั้งเรียงตามลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ การนวด การรับประทานอาหาร และการทำจิตใจให้สงบ สำหรับประสิทธิผลของวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช่ยาพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยวิธีการที่ได้ผลระดับมาก ได้แก่ การสร้างกำลังใจ ( $M=3.81$ ,  $SD=0.87$ ) การทำจิตใจให้สงบ ( $Mdn=4.00$ ,  $IQR=1.00$ ) และการออกกำลังกาย ( $Mdn=4.00$ ,  $IQR=1.00$ ) (ตาราง 6)

ในขณะที่การจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยการใช้ยานั้นพบว่า มีญาติผู้ดูแลเพียงจำนวน 5 ราย ( $n=5$ , ร้อยละ 3.60) ที่ซื้อยาพาราเซตามอลในการจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเอง (ตาราง 4) โดยให้เหตุผลว่าใช้ยาเมื่อรู้สึกเหมือนจะไม่สบาย หรือมีอาการเพลียมาก และเมื่อรับประทานยาแล้วรู้สึกอาการดีขึ้น หายปวดรู้สึกโล่ง (ตาราง 5) ประสิทธิภาพในการจัดการอาการด้วยยามีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ( $n=4$ , ร้อยละ 80,  $Mdn=3.00$ ,  $IQR=2.00$ ) (ตาราง 6)

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า (N=140)

วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า*	ญาติผู้ดูแลปฏิบัติ			
	ทำด้วยตนเอง	แพทย์เจ้าหน้าที่		ครอบครัว/เพื่อน
		n(%)	n(%)	
1.การจัดการโดยการให้ยา (ยาพาราเซตามอล)	5(3.60)	4(80.00)	1(20.00)	0
2.การจัดการโดยไม่ให้ยา	140(100.00)	140(100.00)	0	0
2.1 การดูแลด้านร่างกาย				
2.1.1 นอนหลับพักผ่อน	69(49.28)	69(100)	0	0
2.1.2 ออกกำลังกาย (เช่น วิ่ง-เดินบริเวณรอบบ้าน โยคะในบ้าน แอร์โรบิค)	34(24.28)	32(94.11)	2(5.89)	0
2.1.3 ทำร่างกายให้สดชื่น (เช่น อาบน้ำ สระผม ล้างหน้า)	12(8.57)	12(100.00)	0	0
2.1.4 นวด	3(2.14)	2(66.67)	0	1(33.33)
2.1.5 การรับประทานอาหาร (เช่น ทานผัก ไอศกรีม ทานอาหารตรงเวลา)	3(2.14)	3(100.00)	0	0
2.2 การดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์				
2.2.1 เบี่ยงเบนความสนใจ (เช่น ดูทีวี ฟังเพลง อ่านหนังสือ)	30(21.42)	30(100.00)	0	0
2.2.2 สร้างกำลังใจ (เช่น พูดคุยกับเพื่อน/คนในครอบครัว)	21(15.00)	0	0	21(100.00)
2.2.3 ทำจิตใจให้สงบ (เช่น สวดมนต์ ฟีกหายใจ นั่งสมาธิ)	9(6.43)	9(100.00)	0	0

\*ญาติผู้ดูแลใช้วิธีการจัดการอาการมากกว่า 1 วิธี

## ตาราง 5

จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามเหตุผลที่เลือกใช้วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า  
(N=140)

เหตุผลในการเลือกวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า*	n	%
1. รู้สึกอ่อนคลาย (เช่น ออกกำลังกาย เบี่ยงเบนความสนใจ และการนวด)	55	36.18
2. รู้สึกสดชื่น (เช่น นอนหลับพักผ่อน)	25	16.44
3. ทำได้ด้วยตนเอง (เช่น นอนหลับพักผ่อน)	19	12.50
4. ทำได้ขณะดูแลผู้ป่วย (เช่น นอนหลับพักผ่อน)	15	9.87
6. บรรเทาอาการเหนื่อยล้า (เช่น ออกกำลังกาย เบี่ยงเบนความสนใจ และการนวด)	15	9.87
6. มีพลัง/มีกำลังใจ (เช่น สร้างกำลังใจ)	13	8.55
7. จิตใจสงบ (เช่น ทำจิตใจสงบ)	5	3.29
8. หายปวดรู้สึกสบาย (เช่น การใช้ยาพาราเซตามอล)	5	3.29

\*ญาติผู้ดูแลแสดงเหตุผลวิธีการจัดการอาการมากกว่า 1 เหตุผล

ตาราง 6

จำนวน ร้อยละของญาติผู้ดูแลจำแนกตามความถี่ในการจัดการอาหารเหนี่ยวนำ และประสิทธิผลในการจัดการอาหาร (N = 140)

วิธีการจัดการ	ความถี่ในการจัดการ				การแปลความถี่	ประสิทธิผลในการจัดการ						การแปล
	นานครั้ง n(%)	บางครั้ง n(%)	บ่อยครั้ง n(%)	M(SD) /*Mdn (IQR)		ไม่ได้ผล n(%)	น้อย n(%)	ปานกลาง n(%)	ดี n(%)	ดีมาก n(%)	M(SD)/ *Mdn (IQR)	
1.การจัดการโดยใช้ยา (ยาพาราเซตามอล) n=5(3.60%)	0	3(60.00)	2(40.00)	*3.00 (2.00)	-	1(20.00)	0	0	4(80.00)	0	*3.00 (2.00)	-
2.การจัดการโดยไม่ใช้ยา n=140(100.0%)												
2.1การดูแลด้านร่างกาย												
2.1.1 นอนหลับพักผ่อน n=69(49.28%)	0	3(4.35)	66(95.65)	2.90 (0.94)	บ่อยครั้ง	0	0	2(2.90)	57(82.60)	10(14.50)	2.17 (2.14)	ปานกลาง
2.1.2 ออกกำลังกาย (เช่น วิ่ง-เดินบริเวณ รอบบ้าน แอร์โรบิค โยคะในบ้าน) n=34(24.28%)	0	5(14.70)	29(85.30)	*3.00 (2.00)	-	0	0	1(2.95)	15(44.11)	18(52.94)	*4.00 (1.00)	-
2.1.3 ทำร่างกายให้สดชื่น (เช่น อาบน้ำ สระผม ล้างหน้า) n=12(8.57%)	0	2(16.67)	10(83.33)	*3.00 (2.00)	-	0	0	2(16.67)	10(83.33)	0	*3.00 (2.00)	-
2.1.4 นวด n=3(2.14%)	0	0	3(100.00)	3.00 (1.04)	บ่อยครั้ง	0	0	0	3(100.00)	0	3.00 (1.04)	ปานกลาง
2.1.5 การรับประทานอาหาร (เช่น ทานผัก ไอศกรีม ทานอาหารตรงเวลา) n=3(2.14%)	0	0	3(100.00)	3.00 (1.04)	บ่อยครั้ง	0	0	0	3(100.00)	0	3.00 (1.04)	ปานกลาง

\*Mdn(IQR)

ตาราง 6 (ต่อ)

วิธีการจัดการ	ความถี่ในการจัดการ					ประสิทธิผลในการจัดการ						
	นานครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	M(SD)	การแปล ความถี่	ไม่ได้ผล	น้อย	ปานกลาง	ดี	ดีมาก	M(SD)	การแปล
	n(%)	n(%)	n(%)	/Mdn (IQR)		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	/Mdn (IQR)	
2.2 การดูแลด้านจิตใจ/อารมณ์												
2.2.1 เบี่ยงเบนความสนใจ (เช่น ดูทีวี ฟังเพลง อ่านหนังสือ) n=30(21.42%)	0	6(20.00)	24(80.00)	2.80 (1.79)	บ่อยครั้ง	0	0	6(20.00)	20(66.67)	4(13.33)	2.93 (1.28)	ปานกลาง
2.2.2 สร้างกำลังใจ (เช่น พูดคุยกับเพื่อน/คนในครอบครัว) n=21(15.00%)	0	2(9.52)	19(90.48)	2.90 (0.94)	บ่อยครั้ง	0	0	2(9.52)	0	19(90.48)	3.81 (0.87)	มาก
2.2.3 ทำจิตใจให้สงบ (เช่น สวดมนต์ ฟีกหายใจ นั่งสมาธิ) n=9(6.43%)	0	0	9(100.00)	*3.00 (2.00)	-	0	0	0	4(44.44)	5(55.56)	*4.00 (1.00)	-

\*Mdn(IQR)



### ส่วนที่ 5 คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 59.50$ ,  $SD = 6.76$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทั้งด้านร่างกาย ( $M = 60.66$ ,  $SD = 9.43$ ) และจิตใจ ( $M = 57.93$ ,  $SD = 4.69$ ) อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีதிய่อยของแต่ละด้านพบว่า ด้านร่างกายในมิติการทำหน้าที่ทางกายมีคะแนนสูงสุด ( $M = 72.68$ ,  $SD = 1.51$ ) มิติบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย ( $M = 50.63$ ,  $SD = 1.08$ ) และมิติความเหนื่อยล้า ( $M = 51.85$ ,  $SD = 1.48$ ) มีคะแนนต่ำสุดตามลำดับ ส่วนด้านจิตใจพบว่า มิติสุขภาพจิตทั่วไปมีคะแนนสูงสุด ( $M = 64.11$ ,  $SD = 7.71$ ) มิติพลังแห่งชีวิต ( $M = 53.50$ ,  $SD = 7.34$ ) และมิติบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์ ( $M = 51.90$ ,  $SD = 1.09$ ) มีคะแนนต่ำสุดตามลำดับ (ตาราง 7)

#### ตาราง 7

ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ( $N = 140$ )

คุณภาพชีวิต	Min - Max	M	SD	ระดับ
ด้านร่างกาย	36.84 - 82.11	60.66	9.43	ปานกลาง
การทำหน้าที่ทางกาย	32.50 - 100.0	72.68	1.51	
บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย	30.00 - 80.00	50.63	1.08	
ความเหนื่อยล้า	20.00 - 90.00	51.85	1.48	
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	32.00 - 72.00	52.77	9.38	
ด้านจิตใจ	47.14 - 70.00	57.93	4.69	ปานกลาง
พลังแห่งชีวิต	40.00 - 75.00	53.50	7.34	
การทำหน้าที่ทางสังคม	40.00 - 80.00	60.36	6.39	
บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์	33.33 - 86.67	51.90	1.09	
สุขภาพจิตทั่วไป	44.00 - 84.00	64.11	7.71	
โดยรวม	41.82 - 75.51	59.50	6.76	ปานกลาง

## การอภิปรายผลการวิจัย

### ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคน มีความเกี่ยวข้องเป็นมารดาหรือภรรยาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลหลักอยู่ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยกลางคน เพศหญิง และเกี่ยวข้องเป็นมารดาและภรรยา (จิรานูวัฒน์และสุริพร, 2556; ลัดดาวัลย์, 2556; Calos et al., 2010; Lumprom, 2017; Truelle et al., 2010) ทั้งนี้ อาจเป็นเนื่องจากบริบทในสังคมไทยมีความเชื่อว่า มารดาและภรรยาควรรับบทบาทในการดูแลบุตร และสามี โดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว (Calos et al., 2010; Suanjan, 2007) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรถึงปริญญาตรี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมถึงปริญญาตรี (จิรานูวัฒน์และสุริพร, 2556; Vaingankar et al., 2016) และระหว่างให้การดูแลพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเท่ากับ 10,000 บาท/เดือน ( $IQR= 14,000$ ,  $Min= 10,000$  และ  $Max=30,000$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้เฉลี่ยในครัวเรือนต่อเดือนของประเทศไทย คือ 26,973 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ซึ่งถือว่ามียาได้ค่อนข้างต่ำ อาจเป็นเพราะ การที่ญาติผู้ดูแลต้องลดงานและเวลาในการประกอบอาชีพเดิมเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็ยังคงต้องจ่ายค่าอุปกรณ์ในการดูแล ค่าเดินทาง และค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้มียาได้ลดลงส่งผลกระทบต่อด้านการเงินของครอบครัวในระดับปานกลาง

สำหรับผู้บาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 39.16 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การบาดเจ็บสมองพบในเพศชายวัยทำงาน (จิรานูวัฒน์และสุริพร, 2556; Bayen et al., 2012; Malec, Houtvend, Tanielianf, Atizadoj, & Dorn, 2017) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง (ร้อยละ 95.78) ทำให้สภาพผู้ป่วยในปัจจุบันมีความพิการหลงเหลือ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เช่นเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง ในระยะฟื้นฟูส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่ ต้องมีผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอย่างใกล้ชิด (Bayen et al., 2012; Truelle et al., 2010) นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระหว่างการดูแล ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางกายภายหลังบาดเจ็บสมองได้แก่ ไข้สูง ชัก ซึม ระดับความรู้สึกลดลง หายใจหอบเหนื่อย อาจเป็นเนื่องจากผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ได้รับการบาดเจ็บสมองรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนทางกายเมื่ออยู่ที่บ้าน เช่น ชัก ไข้ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Godbolth et al., 2015; Lumprom, 2017)

### ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองมีความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (กัญญารัตน์, 2539; พิทยาภรณ์และคณะ, 2549; Tang et al., 2011) โดยร้อยละ 45.70 บอกว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นๆ หายๆ ไม่ต่อเนื่องตั้งแต่มารับบทบาทเป็นผู้ดูแล (ตาราง 8 ภาคผนวก ง) ความเหนื่อยล้าดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยด้านสภาพผู้ป่วย ด้านการดูแล และด้านญาติผู้ดูแล

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าด้านการรับรู้/เจตคติอยู่ในระดับมาก ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรงและด้านความรู้สึกอยู่ในระดับปานกลาง และด้านสติปัญญาและอารมณ์อยู่ในระดับเล็กน้อย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าในการรับรู้ถึงสิ่งไม่สนุก สิ่งไม่ดีและเป็นสิ่งทำลาย จากการที่สภาพผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพิการรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบกับญาติต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนทางกายของผู้ป่วยเช่น ชัก มีไข้ ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นปัญหาที่เป็นอันตรายต่อชีวิตที่ยากต่อการคาดการณ์ควบคุมและจัดการได้ ทำให้ญาติผู้ดูแลครุ่นคิด เครียด จึงรับรู้ถึงความวิตกกังวล (ร้อยละ 22.14) (ตาราง 9 ภาคผนวก ง) และคิดว่าเป็นสิ่งไม่ดีหรือทำลายจึงเกิดความเหนื่อยล้าด้านการรับรู้/เจตคติในระดับมาก (Lumprom, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของพิทยาภรณ์และคณะ (2549) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองมีความเหนื่อยล้าด้านการรับรู้/เจตคติเป็นสิ่งไม่สนุกสนาน และเป็นสิ่งที่ทำลายมากที่สุด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรม/ความรุนแรงว่า มีความรุนแรงและทรมาณ อาจเกิดจากการที่ต้องใช้แรงในการยก ย้าย หรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย โดยไม่มีผู้ช่วยดูแล และต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 15 ชั่วโมงต่อวัน ประกอบกับการต้องทำงานประกอบอาชีพทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.28) (ตาราง 9 ภาคผนวก ง) ปวดเมื่อยตามร่างกาย (ร้อยละ 52.89) (ตาราง 10 ภาคผนวก ง) เพลีย (ร้อยละ 24.03) (ตาราง 10 ภาคผนวก ง) และเกิดความเหนื่อยล้าที่ทรมาณได้ อีกทั้งการที่ต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยที่สร้างความหนักใจที่ญาติผู้ดูแลรายงานในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน โวยวาย และสับสน (ร้อยละ 26.40) (ตาราง 1) ประกอบกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเรื่องการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 93.60) (ตาราง 1) จึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้าด้านรู้สึกเหนื่อยและหมดพลัง ลักษณะความเหนื่อยล้าดังกล่าวที่เกิดขึ้นใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า ญาติผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาทั้งวัน โดยปราศจากผู้ช่วยในการดูแล ส่งผลให้ญาติรับรู้ถึงการมีภาระในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (อรุณี, ธิดารัตน์, โรชนี, และสุนทรภรณ์, 2556; Saban et al., 2016) อีกทั้งการไม่มีความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเกิดความเครียดเหนื่อยล้า จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนั้นรุนแรงและทรมาณ (เขาวลักษณ์และคณะ, 2557; วัจนานและสายพิณ, 2558; Clark et al., 2014; Lynch & Lobo, 2012; Morgan et al., 2017)

อย่างไรก็ตามพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญาและอารมณ์ อยู่ในระดับเล็กน้อยแสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลสามารถคิดและจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้กระจ่าง อาจเป็นเพราะญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรและปริญญาตรี การได้รับการอบรมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ และมีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลหลักมาระยะเวลานานกว่า 1 ปี ทำให้เกิดการสั่งสมประสบการณ์ ความคิดและจดจำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะเวลายาวนาน ทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแลเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลไม่รู้สึกเหนื่อยล้าด้านความคิด (Kapuchu et al., 2009; Sirimaneebok et al., 2008) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าด้านอารมณ์ในระดับเล็กน้อยเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลมีความอดทนและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี ทั้งนี้อาจเป็นจากการญาติผู้ดูแลอยู่ในวัยกลางคน และมีความสัมพันธ์เป็นมารดาหรือภรรยาของผู้ป่วย ทำให้สามารถยอมรับภาระจากการดูแลระยะยาว และปรับตัวต่อความเหนื่อยล้ารวมทั้งการควบคุมอารมณ์ของตนที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้ (กัญญารัตน์, 2539; ลัดดาวัลย์และคณะ, 2559; Vaingankar et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นมารดา หรือภรรยาของผู้ป่วยซึ่งดูแลผู้ป่วยบนพื้นฐานของความรักและความผูกพันจึงมองว่าภาระการดูแลเป็นหน้าที่ของมารดาหรือภรรยาทำให้สามารถปรับตัวต่อความเหนื่อยล้า และสามารถควบคุมอารมณ์ได้ (Calos et al., 2010; Truelle et al., 2010) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของทิพยาภรณ์และคณะ (2549) พบว่า ความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญาและอารมณ์ของญาติผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า/ตึงเครียดอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ญาติผู้ดูแลยังไม่สามารถปรับตัวได้

### วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองทุกคนใช้วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าในรูปของการไม่ใช้ยาด้วยการดูแลด้านร่างกาย และด้านจิตใจและอารมณ์ โดยส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเองที่บ้าน (ตาราง 4) โดยให้เหตุผลที่แตกต่างกันถึงการเลือกใช้วิธีการจัดแบบไม่ใช้ยา และประเมินผลลัพธ์ของการจัดการที่เลือกใช้อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปราย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพความเจ็บป่วย (อาการเหนื่อยล้า) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (ผู้ป่วยและครอบครัว) ดังนี้

ญาติผู้ดูแลจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเองทุกคน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรับรู้ว่าการเหนื่อยล้ามีความรุนแรงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางที่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (ทิพยาภรณ์ และคณะ, 2549; ลัดดาวัลย์, 2559; Malec, et al., 2017; Morgan et al., 2017) โดยวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน ( $n=69$ , ร้อยละ 49.28) การออกกำลังกาย ( $n=34$ , ร้อยละ 24.28) การเบี่ยงเบนความสนใจ ( $n=30$ , ร้อยละ 21.42) สามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. *การนอนหลับพักผ่อน* ญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีนี้มากเป็นอันดับแรก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง การนอนหลับพักผ่อน ญาติสามารถทำได้ในขณะที่อยู่กับผู้ป่วย โดยการจับหลับในช่วงกลางวัน หรือหลับช่วงกลางคืนใกล้เคียงผู้ป่วย เมื่อได้นอนหลับเต็มที่ทำให้รู้สึกสดชื่น ญาติจึงรายงานว่า ช่วยลดความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง อาจเพราะในขณะที่นอนหลับเป็นการนำพลังงานไปซ่อมแซมส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้กล้ามเนื้อและระบบประสาทได้พัก ร่างกายได้เก็บสะสมพลังงานเมื่อตื่นขึ้นมาทำให้การทำกิจกรรมต่างๆ และการตัดสินใจดีขึ้น (Greg et al., 2016) หากการนอนหลับไม่เพียงพอหรือขาดการพักผ่อน ในเวลากลางคืน จะทำให้เกิดการพร่องออกซิเจนทำให้เซลล์ต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพในการสร้างพลังงาน อันเป็นสาเหตุให้ร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าได้ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าการนอนหลับเป็นการเยียวยาความเหนื่อย เพลีย เมื่อยล้าได้ดีที่สุด (ชลธิชาและพีรพนธ์, 2556; Dhruva et al., 2012; Pawl et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมพบว่า การนอนหลับพักผ่อนเป็นวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้เนื่องจากสะดวก สามารถทำได้ด้วยตนเอง และทำได้ขณะดูแลผู้ป่วย (ลัดดาวัลย์, 2559; ศุภกรและคณะ, 2557; อมรรัตน์และคณะ, 2557; Davis & Walsh, 2010)

2. *การออกกำลังกาย* ญาติผู้ดูแลเลือกใช้วิธีการออกกำลังกายเช่น เดิน-วิ่งบริเวณรอบๆ บ้าน โยคะในบ้าน และแอโรบิค โดยให้เหตุผลว่า เมื่อทำแล้วรู้สึกผ่อนคลาย หงื่อออกแล้วสบายตัว และสามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ ญาติผู้ดูแลออกกำลังกายด้วยการเดินหรือวิ่งบริเวณรอบๆ บ้าน สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20-30 นาที ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยหลับญาติผู้ดูแลรายงานว่า วิธีการออกกำลังกายช่วยลดอาการเหนื่อยล้าได้ผลในระดับมาก ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการออกกำลังกายทำให้อวัยวะต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อ หัวใจ และปอดทำงานได้ดีและแข็งแรงมากขึ้น รวมถึงช่วยลดภาวะเครียด และทำให้เกิดกระบวนการคิดที่ดีขึ้น สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้ (กนกพร, 2552; Lee et al., 2008; Mehnerta et al., 2011) จากการศึกษาครั้งนี้มีญาติผู้ดูแลบางรายใช้วิธีการออกกำลังกายโดยการทำโยคะเป็นประจำ โดยให้เหตุผลว่าทำแล้วร่างกายผ่อนคลาย มีสมาธิดีขึ้น และสามารถทำได้ในขณะที่ดูแลผู้ป่วย อาจเป็นเพราะว่าการออกกำลังกายโดยการทำโยคะเป็นการออกกำลังกายร่วมกับการบริหารจัดการและกำหนดลมหายใจ ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเต็มที่ และมีผลให้ซ้บก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกาย ส่งผลให้การหดตัวของกล้ามเนื้อดีขึ้นลดความเหนื่อยล้าได้ (แพทย์พงษ์, 2550) สำหรับการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิค หรือยืดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นประจำสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง มีผลต่อความเหนื่อยล้า ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย บรรเทาความเหนื่อยล้า และความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ และผลการจัดการอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับดี (Lee et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมพบว่า การออกกำลังกายช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย และสามารถบรรเทาอาการเหนื่อยได้ (จิราณวิวัฒน์และสุรีพร, 2556; Majid & Gray, 2010) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ พิทยาภรณ์และคณะ (2549) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้การออกกำลังกายในการจัดการอาการเหนื่อยล้า น้อยมาก ทั้งนี้ญาติผู้ดูแลอยู่ในบริบทที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจึงไม่สะดวกในการใช้การออกกำลังกายในการจัดการอาการเหนื่อยล้า

3. การเบี่ยงเบนความสนใจ ญาติผู้ดูแลเบี่ยงเบนความสนใจโดยการฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูทีวี ญาติผู้ดูแลให้เหตุผลว่าทำแล้วรู้สึกผ่อนคลาย เพลิดเพลิน เบี่ยงเบนความสนใจ จากอาการเหนื่อยล้า ช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลใช้ วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการเหนื่อยล้าโดยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูทีวี ทำให้รู้สึก ผ่อนคลายช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้าลดลงได้ (พิทยาภรณ์ และคณะ, 2549; Patterson et al., 2012; Russell & Loretta, 2018)

นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลประเมินผลการจัดการอาการเหนื่อยล้าวิธีอื่นๆ พบว่า ได้ผลในระดับมากเช่นกัน ได้แก่ การทำจิตใจให้สงบ และการสร้างกำลังใจ การทำจิตใจให้สงบโดย วิธีการสวดมนต์ การฝึกหายใจ และนั่งสมาธิ ซึ่งญาติที่ใช้วิธีนี้ส่วนใหญ่ทำเป็นกิจวัตรอยู่แล้วโดยให้ เหตุผลว่า ทำแล้วมีพลัง/มีกำลังใจ จิตใจสงบ ซึ่งร้อยละ 100 ( $n=9$ ) ของญาติที่ปฏิบัติรายงานว่าช่วย ลดอาการเหนื่อยล้าได้ดีมาก ทั้งนี้อาจเป็นเนื่องจาก การสวดมนต์ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ทำให้ ผู้ดูแลมีความสุขสบายใจ ตามหลักศาสนาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้ผู้ปฏิบัติมีจิตใจสงบ ช่วยให้ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ จึงช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้า ได้ (Torabi, Sajjadi, Nourian, Borumandnia, & Farahani, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสวดมนต์/การทำสมาธิฝึกหายใจ เป็นวิธีการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าให้ลดลง (พิทยาภรณ์และ คณะ, 2549; ศุภกรและคณะ, 2557) สำหรับการสร้างกำลังใจพบว่า ร้อยละ 90.48 ญาติผู้ดูแล ประเมินประสิทธิผลการจัดการอาการเหนื่อยล้าว่าได้ดีดีมาก โดยการพูดคุยกับเพื่อน คนใน ครอบครัว ( $n=21$ ) ซึ่งเป็นวิธีที่ญาติผู้ดูแลใช้บ่อย อาจเนื่องจากการได้พูดคุยกับคนรู้ใจคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน สะท้อนเป็นการได้ผ่อนคลายความเครียด เมื่อมีปัญหาเนื่องจากการที่มีคนเข้าใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ได้เรียนรู้เทคนิควิธีการจัดการความเหนื่อยล้าที่หลากหลาย โดย บริบทของครอบครัวในสังคมไทยกำลังใจและแรงสนับสนุนของครอบครัวเป็นกำลังใจสำคัญของญาติ ผู้ดูแล (อรุณีและคณะ, 2556; Pivodic et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของทิพพวาท การสร้าง กำลังใจโดยการพูดคุยระบายความรู้สึกกับเพื่อนหรือคนในครอบครัวเป็นการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสบายใจขึ้น ผ่อนคลาย และเหนื่อยล้าลดลงได้ (พิทยาภรณ์และคณะ, 2549; Northouse, Williams, Given, & McCorkle, 2012)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ พบว่ามีญาติผู้ดูแลจำนวนน้อยราย ( $n=5$ , ร้อยละ 3.60) ใช้ ยาแก้ปวดพาราเซตามอลในการจัดการอาการเหนื่อยล้าขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งแตกต่างจาก ผลการศึกษาที่ผ่านมาของพิทยาภรณ์และคณะ (2549) และอซาโนและฟินเลย์สัน (Asano & Finlayson, 2014) ซึ่งพบว่ายาที่ญาติผู้ดูแลใช้ในการบรรเทาอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ ยานอนหลับ และยาแก้ปวดศีรษะ เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีความเครียดกังวลกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยใน ขณะการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล สำหรับการศึกษาคั้งนี้ญาติให้เหตุผลว่า ใช้ยาแก้ปวด พาราเซตามอลในการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าเมื่อรู้สึกไม่สบาย และปวดศีรษะร่วมด้วย เมื่อรับประทานยาแล้วทำให้หายปวด รู้สึกสบาย โดยใช้ยาเป็นบางครั้งและใช้ร่วมกับการจัดการ วิธีอื่น

### คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บสมอง

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเจ็บสมองโดยรวมและรายด้านทั้งร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของกุลิสรา (2557) วีระชัย (2556) และศลิตา, สยาม, และอภิชนา (2554) ซึ่งพบว่าคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยเสริมและอุปสรรคที่อาจมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

เมื่อพิจารณาด้านร่างกายพบว่ามิติการทำหน้าที่ร่างกายมีคะแนนสูงสุด อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลอยู่ในวัยทำงานหรือวัยกลางคนที่ปัจจุบันยังมีสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 94.30) ไม่ค่อยมีโรคประจำตัวจึงสามารถทำกิจกรรมดูแลตนเองได้ตามปกติ เช่น การอาบน้ำหรือแต่งตัว หรืออาจทำกิจกรรมลดลงบ้างเล็กน้อยในกรณีต้องออกแรงปานกลางถึงมาก เช่น กวาดดูบ้าน ถูของใช้ ยกของหนักหรือขึ้นบันไดหลายชั้น เป็นต้น จึงทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้คุณภาพชีวิตมิติการทำหน้าที่ทางกายไปในทางที่ดี (Chen et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ นุสรณ์และคณะ (2559) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านการทำหน้าที่ทางกายของญาติผู้ดูแลมีคะแนนสูงสุด อย่างไรก็ตามพบว่า มิติบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย และมีตีความเหนื่อยล้า มีคะแนนต่ำสุดตามลำดับ อาจเป็นเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 79.30) จึงต้องพึ่งพากิจกรรมขั้นพื้นฐานและซับซ้อนที่ต้องใช้เวลานานและแรงกำลังมาก ได้แก่ การอาบน้ำ/เช็ดตัว การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกายภาพบำบัด อีกทั้งต้องทำงานประกอบอาชีพด้วย เช่น รับจ้าง (ร้อยละ 41.42) จึงอาจทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ โดยมีร้อยละ 50 ที่รายงานว่าใช้วิธีการนอนพักผ่อนในการจัดการอาการเหนื่อยล้า ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้าทางกายรุนแรงและทรมาณ (Lynch & Lobo, 2012; Morgan et al., 2017) และรบกวนการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน (ตาราง 3) จากปัญหาดังกล่าวส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลจึงรับรู้ว่าตนเองมีปัญหาในการทำงานโดยต้องลดเวลาในการทำงานหรือทำงานได้น้อยกว่าที่ต้องการ (Kim, Chang, Rose, & Kim, 2012)

สำหรับด้านจิตใจ พบว่าญาติผู้ดูแลมีคะแนนมิติสุขภาพจิตทั่วไปสูงสุด แสดงให้เห็นว่าแม้ว่าต้องดูแลผู้ป่วยระยะเวลายาวนาน แต่มีบางเวลาที่ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีความสุขของการได้ทำหน้าที่ของการเป็นมารดาหรือภรรยาในการดูแลสามีหรือบุตรผู้เป็นที่รัก และการได้รับกำลังใจจากการพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 15.00) รวมถึงการที่ญาติผู้ดูแลบางราย (ร้อยละ 6.43) มีความรู้สึกสงบในบางเวลาจากการใช้วิธีการดูแลด้านจิตใจด้วยตนเอง เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น (ศุภกรและคณะ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่า การสวดมนต์ นั่งสมาธิ ทำให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและเกิดความผาสุกทางใจ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี (Toribi et al., 2017) อย่างไรก็ตามพบว่า มิติด้านบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์ และมีมิติด้านพลังแห่งชีวิตมีคะแนนต่ำสุดตามลำดับ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะความพิการและภาวะแทรกซ้อนทางกายที่อาจเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย (เช่น ชัก ความรู้สึกตัวลดลง) จึงทำให้ญาติส่วนใหญ่มีอาการเครียด กังวล รู้สึกหมดพลังใจ (ตาราง 1) หรือการที่ต้องเผชิญ

อยู่กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยบางราย (เช่น อารมณ์แปรปรวน โวยวาย สับสน) ซึ่งทำให้รู้สึกเหนื่อยหน่ายหนักใจ สภาพการณ์ปัญหาด้านความเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ญาติผู้ดูแลเผชิญอยู่ ทำให้ส่วนใหญ่ญาติต้องละหรือลดเวลาในการทำงานส่วนตัวหรือบางรายไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม เพราะต้องดูแลและเฝ้าระมัดระวังการเปลี่ยนแปลงของอาการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดกังวลกับอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมได้ (วีระชัย, 2556; Geriani, Savithry, Shivakumar, & Kanchan, 2015)

โดยสรุป ผลจากการศึกษาครั้งนี้อภิปรายได้จากแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์และคณะ (Dodd et al., 2001) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองเป็นพลวัตรเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านบุคคล ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย และด้านสิ่งแวดล้อม โดยญาติมีการรับรู้อาการเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า โดยญาติผู้ดูแลทุกคนใช้วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าแบบไม่ใช้ยา เนื่องจากเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองในขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงประเมินผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก มีจำนวนเพียงส่วนน้อยที่ใช้ยาในกรณีที่ต้องการบรรเทาอาการเหนื่อยล้าหรือเพลียมาก สำหรับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านญาติผู้ดูแลรับรู้ว่าจะอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีมิติการทำหน้าที่ทางกายมีคะแนนสูงสุด และมีบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางอารมณ์มีคะแนนต่ำสุด จากการศึกษาครั้งนี้การรับรู้ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการเหนื่อยล้า และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองอาจเกี่ยวโยงระหว่างตัวแปรที่ศึกษาทั้งสามและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (เช่น อายุ สถานะทางเศรษฐกิจ และการศึกษา) ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (เช่น สุขภาพของญาติผู้ดูแล) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (เช่น ภาวะสุขภาพ ความพิการและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล สัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนของครอบครัว ลักษณะทางสังคม) ผลจากการศึกษาดังกล่าว จะช่วยนำไปศึกษาปัจจัยหรือวางแผนในการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลในการทำหน้าที่ดูแลผู้บาดเจ็บสมองได้อย่างต่อเนื่อง



## บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติคือ มีอายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไปเป็นญาติหรือผู้ดูแลหลักของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และให้การดูแลผู้บาดเจ็บสมองดังกล่าวที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือนโดยไม่มีค่าจ้างในการดูแล และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถในการสื่อสารภาษาไทยอาศัยอยู่ในจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ตอนบน การได้มาของกลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางจำนวน 140 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในช่วงระหว่างเดือนมีนาคม-ธันวาคม 2559

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บสมอง ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ส่วนที่ 4 แบบประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง และส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง (SF-36) ประเมินคุณภาพของทุกเครื่องมือด้วยการหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย และนำไปใช้เก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง 140 ราย ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง (SF-36) เท่ากับ .76 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ผลการศึกษาพบว่า

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงไทย วัยกลางคน สถานภาพคู่ การศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตร/ปริญญาตรี ไม่มีภาระในการดูแลบุคคลอื่นในปัจจุบัน ประกอบอาชีพรับจ้าง รายได้ต่อเดือนเท่ากับ 10,000 บาท/เดือน ( $IQR= 14,000$ ,  $Min= 10,000$  และ  $Max= 30,000$ ) ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือ เป็นบิดามารดาหรือภรรยา ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 2 ปี 6 เดือน ( $Min=1$  เดือน และ  $Max=10$  ปี) จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยประมาณ 15 ชั่วโมงต่อวัน ทุกคนได้รับการอบรมดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังมาก ได้แก่ การอาบน้ำ/เช็ดตัว การออกกำลังกาย/การทำกายภาพบำบัด และการพลิกตะแคงตัว เพื่อป้องกันแผลกดทับ ส่วนน้อยมีเพียงร้อยละ 6.40 ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับ

ความเครียดและอาการเหนื่อยล้า สำหรับผู้บาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 26-35 ปี สภาพผู้ป่วยในปัจจุบันส่วนใหญ่มีความพิการรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ชัก หายใจหอบเหนื่อย และมีไข้สูง และปัญหาของผู้ป่วยที่ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกหนักใจระหว่างการดูแลได้แก่ ความพิการ ไวยวาย อารมณ์แปรปรวน และสับสน เป็นต้น

ระดับอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M= 5.31, SD= 0.54$ ) เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่า อาการเหนื่อยล้าด้านการรับรู้/เจตคติอยู่ในระดับมาก ( $M=7.72, SD= 0.82$ ) ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ( $M= 5.63, SD= 0.78$ ) และด้านความรู้สึก ( $M= 5.50, SD= 1.60$ ) มีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนอาการเหนื่อยล้าด้านสติปัญญาและอารมณ์อยู่ในระดับเล็กน้อย ( $M= 2.84, SD= 0.76$ )

ญาติผู้ดูแลทุกคนจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา โดยใช้วิธีการต่าง ๆ กัน ประกอบด้วย การดูแลด้านร่างกาย และด้านจิตใจและอารมณ์ วิธีการจัดการที่เลือกใช้มาก 3 อันดับแรก ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน (ร้อยละ 49.28) การออกกำลังกาย (ร้อยละ 24.28) การเบี่ยงเบนความสนใจ (ร้อยละ 21.42) โดยให้เหตุผลของการเลือกใช้วิธีการดังกล่าวว่าทำให้รู้สึกผ่อนคลาย (ร้อยละ 36.18) รู้สึกสดชื่น (ร้อยละ 16.44) และสามารถทำได้ด้วยตนเอง (ร้อยละ 12.50) และประสิทธิผลของวิธีการจัดการอาการโดยไม่ใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และมีญาติผู้ดูแลเพียงร้อยละ 3.60 ที่ใช้ยาพาราเซตามอลในการจัดการอาการเหนื่อยล้า เมื่อรู้สึกมีอาการเหนื่อยล้ามาก และเมื่อใช้แล้วรู้สึกดีขึ้น ประสิทธิภาพการจัดการอาการโดยใช้ยามีค่ามัธยฐานเท่ากับ 3 ( $Mdn= 3, IQR= 2.00$ )

สำหรับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M= 59.50, SD= 6.76$ ) และรายด้านพบว่าทั้งด้านร่างกาย ( $M= 60.66, SD= 9.43$ ) และด้านจิตใจ ( $M= 57.93, SD= 4.69$ ) อยู่ในระดับปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาในแต่ละมิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในมิติการทำหน้าที่ทางกาย ( $M= 72.68, SD= 1.51$ ) และมีติบบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกายมีคะแนนต่ำสุด ( $M= 50.63, SD= 1.08$ )

### ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองในพื้นที่ชุมชนของจังหวัดหนึ่งของภาคใต้ตอนบน จึงไม่สามารถอ้างอิงผลไปยังกลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลบาดเจ็บสมองในพื้นที่อื่นๆ

2. แบบประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล เนื่องจากแบบประเมินเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งต้องใช้เวลาในการสัมภาษณ์ภายหลังญาติผู้ดูแลเสร็จสิ้นการพบแพทย์อย่างไรก็ตามญาติต้องการรีบกลับบ้านทำให้การเก็บข้อมูลต้องเร่งรีบหรือใช้วิธีการโทรศัพท์แทนซึ่งอาจทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลที่สมบูรณ์หรือต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในการพัฒนา/ปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยทางการพยาบาลต่อไป ดังนี้

#### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพควรให้ข้อมูลหรือความรู้แก่ญาติผู้ดูแล ได้แก่

1. ปัญหาทางกายและพฤติกรรมที่อาจพบในผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองปานกลาง และรุนแรง เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแล และวิธีการป้องกันและหรือจัดการปัญหาดังกล่าวที่อาจส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

2. วิธีป้องกันหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยาเป็นทางเลือกหนึ่ง เช่น การนอนหลับพักผ่อน การทำจิตใจให้สงบ และการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลแต่ละราย พร้อมทั้งมีการติดตามและประเมินผลระดับความเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเป็นระยะๆ เช่น เมื่อญาติผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด หรือการโทรศัพท์ติดตามผล

#### ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยล้ากับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ผู้บาดเจ็บสมอง หรือปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

2. การขยายพื้นที่เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

3. การพัฒนารูปแบบการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

## เอกสารอ้างอิง

- กนกพร มีศิริ. (2552). ผลของโปรแกรมการจัดการอาการรายบุคคลด้วยการใช้ข้อมูลและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมระหว่างการรักษารังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- กุลิสรา พิศาลเอก. (2557). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กออทิสติก จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กรรณิกา รักยิ่งเจริญ. (2557). การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 25(1), 90-97.
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กฤติกา คำมูลตา. (2554). ผลของการส่งเสริมการเรียนรู้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้าในสตรีมีครรภ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราณวิวัฒน์ ชาญสูงเนิน และสุรีพร ธนศิลป์. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต ด้วยซีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ, 29(2), 58-69.
- ชลธิชา แยมมา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2556). ปัญหาการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(2), 183-196.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2552). ปัญหาทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจและปอดและการพยาบาล. วารสารการพยาบาล, 27(2), 22-31.
- ธานินทร์ คุณยศยิ่ง. (2556). การพึ่งพาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองภาวะการดูแลการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลวัยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นมิตา ล.สกุล. (2548). ภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพร มาศสุข, ศุภร วงศ์วิทย์, และชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. (2555). ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในโปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้ต่อการฟื้นฟูสภาพและภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล. วารสารประชุมวิชาการงานวิจัย, 20(2), 736-747.

- นารินทร์ พุทธิกุล. (2557). *ประสบการณ์ความปวดเรื้อรัง การจัดการความปวด และคุณภาพชีวิต ผู้บาดเจ็บไขสันหลัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2544). *ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุปผา ลาภทวี. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้บาดเจ็บศีรษะปานกลางถึงรุนแรงที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *รายงานการดูแลผู้ป่วยคล้ายกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, 1*, 5-14.
- ประณีต ส่งวัฒนา, ปราณี นิพัทธ์กุล, และภินันท์ นิมิตรพันธ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้บาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่าย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35*(1), 135-152.
- ปราณี ปรีชาวิทยากุล. (2549). ประสบการณ์ของญาติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษาที่พักอาศัยในอาคารเย็นศีรษะอาคารที่พักชั่วคราวของผู้ป่วยและญาติ. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 24*(2), 72-84.
- ปรารณา ฉั่วตระกูล. (2555). *อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา, และสุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2549). อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 24*(3), 154-161.
- แพทย์พงษ์ วรพงษ์พิเชษฐ์. (2550). *โยคะเพื่อการพัฒนาทั้งร่างกายและจิตใจ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทแอกทีฟ พรินซ์ จำกัด.
- พรชัย สิริปัญญา. (2550). ภาวะการกลืนผิดปกติในโรกระบบประสาท. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 25*(6), 561-568.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2552). คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพ Health-Related Quality of Life. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพเภสัชกรรมไทย, 2*, 327-337.
- พวงแก้ว แสนคำ. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พาริตา อิบราฮิม. (2542). *ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- เฟื่องฟ้า สีสวย. (2550). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- มยุรี พางาม. (2555). *อาการเหนื่อยล้าของสตรีในระยะคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เยาวลักษณ์ โปธิตารา, จุรีรัตน์ กอเจริญยศ, พชนี สมกำลัง, และยุทธิชัย ไชยสิทธิ์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 27(3), 46-55.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. (2552). *บาดเจ็บศีรษะ*. ค้นจาก <http://www.surgeons.or.th/main/view.php?group=4&id=208>
- ลัดดาวัลย์ ไกรรักษ์, วรณภา ประไพพานิช, และสุปรีดา มั่นคง. (2559). ความเหนื่อยล้าและวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังออกจากโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 17-30.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *วารสารพยาบาลรามธิบดี*, 20(1), 10-22.
- วิศา วรวงศ์. (2555). *อาการเหนื่อยล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วลัยนารี พรมลา. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้บาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วิมล มากขุนทด. (2555). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้บาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยและผู้ดูแลต่ออาการที่เกิดภายหลังบาดเจ็บศีรษะ และการกลับมารักษาซ้ำ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วีระชัย สีน้าข้าว, ศีรานี สีน้าข้าว, ศุภวัฒน์ สุริโย, และดิษฐผล ใจซื่อ. (2556). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ด้อยโอกาสที่พิการ ตาบอดวิงแสง อำกตา จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 2(1), 7-12
- วิจนา ลีละพัฒนะ และสายพิณ หัตถ์รัตน์. (2558). *เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว*. ค้นจาก <http://med.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/article4>.
- วัชร เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2548). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. *วารสารไทยเภสัชกรรม*, 29(1-2), 69-88.
- วัชรวรรณ จันทร์อินทร์. (2548). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ศิลดา วงศ์ษา, สยาม ทองประเสริฐ, และอภิชนา ไชวินทะ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังด้วยแบบสอบถามเอสเอฟ-36. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ*, 21(1), 28-33.

- ศุภกร หวานกระโทก, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2557). แบบแผนอาการเหนื่อยล้า การจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(1), 50-58.
- สวิง ปันจัยสีห์, นครชัย เผื่อนปฐม, และกุลพัฒน์ วีรสาร. (2556). เอกสารประชุมวิชาการแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ, *สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา*, ค้นจาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/surgery/neurosurgerycmu/2011/images/Documents/clinical-practice-guidelines-for-traumatic-brain-injury.pdf>
- สุมานิตา สวัสดิ์ถิ่นฐาน. (2555). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะวิกฤติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทย*. ค้นจาก <http://www.dmh.moph.go.th/test/whqol/>
- สมทรง บุตรชิวัน. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างการมีเงื่อนไข การเปลี่ยนผ่านกับการสูญเสียสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*. ค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนปี 2560*. ค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages.aspx>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *รายงานการศึกษาของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในผู้ป่วยบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจักรยานยนต์และผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2556-2559*. Retrieved from [http://www.thaincd.com/document/file/Download/knowledge/report\\_BOD\\_2556.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/Download/knowledge/report_BOD_2556.pdf)
- ไสว นรสาร. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. ค้นจาก <http://med.mahidol.ac.th/ramainter/dpt/NS/docEmcy2009>
- ไสว นรสาร และพิรญา ไส้ไหม. (2559). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. นนทบุรี: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- อนุสรณ์ แน่นอุดร, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, และพรนภา หอมสินธุ์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(1), 47-61.
- อมรรัตน์ กรเกษม, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมม, และเอนก กนกศิลป์. (2557). ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า กลวิธีการจัดการอาการ และภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(4), 35-42.

- อภิญา คชมาตย์. (2552). ผลของการนวดไทยประยุกต์ต่อการลดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- อรุณี ชุนหบดี, ธิติรัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, และสุนทรภรณ์ ทองไสย.(2556). ความเครียดและความต้องการของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(1), 1-7.
- อรุณี เสงยสมาก และจิตรา กุสมภ์. (2553). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบประสาท. ใน จิตรา กุสมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตแบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 41-54). กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์.
- อุทมพร รูปเล็ก. (2549). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกิ้งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง. (2552). การปฏิบัติการพยาบาลด้วยจิตอาสาในผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไตหลังปลูกไต. *บทความวิชาการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์*, 24, 43-50.
- อุษณีย์ เหมแหวน. (2551). ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- Aistars, J. (1987). Fatigue in the cancer patient: A conceptual approach to clinical problem. *Oncology Nursing Forum*, 14, 25-30.
- Akosile, O. C., Okoye, E. C., Nwankwo, M. J., & Mbada, C. E. (2011). Quality of life and its correlation in caregivers of stroke survivors from a Nigerian population. *Quality Life Reseach*, 20, 1379-1384.
- Albert, S. M., Im, A., Brenner, L., Smith, M., & Waxman, R. (2002). Effect of social work liaison program on family caregiver to help with brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17, 170-190.
- Andruszkow, H., Deniz, E., Urner, J., Probst, C., Grun, O., Lohse, R., ...Hildebrand, F. (2014). Physical and psychological long-term outcome after traumatic brain injury in children and adult patiens. *Health and Quality of Life Outcome*, 12, 1-8.
- Asano, M., & Finlayson, M. (2014). Meta - Analysis of Three Different Types of Fatigue Management Interventions for People with Multiple Sclerosis: Exercise, Education, and Medication. *Multiple Sclerosis International*, 10(1), 1-12. doi:10.1155/2014/798285



- Backus, D., Manella, C., Bender, A., & Sweatman, M. (2016). Impact of Massage Therapy on Fatigue, Pain, and Spasticity in People with Multiple Sclerosis: a Pilot Study. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, *9*, 4-13.
- Bayen, E., Diehl, P. P., Jourdan, C., Ghout, I., Bosserelle, V., Azerad, S., ...Azowi, P. (2012). Predictors of Informal Care Burden 1 Year After a Severe Traumatic Brain Injury: Results from the Paris-TBI study. *Journal Head Trauma Rehabilitation*, *3*, 1–11.
- Benedictus, R. M., Spikman, M. J., & Naalt, J. (2010). Cognitive and Behavioral Impairment in Traumatic Brain Injury Related to Outcome and Return to Work. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *91*, 1436-41. doi:10.1016/j.apmr.2010.06.019
- Broskek, D. K., Marco, A. P., & Freeman, J. R. (2007). A review of post-concussion syndrome and psychological factor associated with concussion. *Brain Injury*, *29*, 228-237. doi:10.3109/02699052.2014.974674
- Burckhardt, C. S., & Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability Validity, and Utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, *1*, 1-7.
- Carlos, J., Quijano, C. M., Cuervo, T. M., Nicholis, E., Rogers, L. H., & Kreutzer, J. (2010). Family needs in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Colombia, South America. *Brain Injury*, *24*, 1017–1026.
- Carlozzi, E. N., Kratz, L. J., Sander, M. A., Chiaravalloti, D. N., Brickell, A., Lange, R., ...Tulsky, S. D. (2015). Health-related quality of life in caregivers of Individuals with traumatic brain injury: Development of a conceptual model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *96*, 105-13.
- Centers for Disease Control and Prevention . (2015). Basic Informaton About Traumatic Brain Injury and Concussion. Retrieved from <http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/basics.html>
- Chen, Y., Lu, J., Wong, K. S., Mok, V. C., Ungvari, G. S., & Tang, W. K. (2010). Health-related quality of life in the family caregivers of stroke survivors. *International Journal of Rehabilitation Research*, *33*, 232-237.
- Chronister, J., Chan, F., Gelman, E. J., & Chiu, C. (2010). The association of stress-coping variables to quality of life among caregivers of individuals with traumatic brain injury. *Neurology Rehabilitation*, *27*, 49-62. doi: 10.3233/NRE-2010-0580

- Clark, M. M., Atherton, J. P., Lapid, I. M., Rausch, M. S., Frost, H. M., Cheville, L. A., ...Brown, D. P. (2014). Cancer caregiver fatigue: A high level of symptom burden. *Health and Human Services Public Access, 31*, 121-125.
- Davis, O., & Walsh, D. (2010). Mechanism of Fatigue. *Journal Support Oncology, 8*, 164-174.
- Deeken, J., Taylor, K., Manyan, P., Yabroff, K., & Ingham, M. (2003). Care for the caregiver: A review of self report instruments developed to measure the burden need and quality of life of informal caregivers. *Journal of Pain and Symptoms Management, 26*, 922-953.
- Dhruva, A., Lee, K., Paul, M. S., West, C., Dunn, L., Dodd, M., ...Miaskowski, C. (2012). Sleep-Wake Circadian Activity Rhythms and Fatigue in Family Caregivers of Oncology Patients. *Cancer Nursing, 35*, 70-81.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, S. E., Humphreys, J., ...Taylor, D. (2001). Advancing the Science of Symptom Management. *Journal of Advanced Nursing, 33*, 668-676.
- Elizabeth, W. T., Jak, J., Delis, D. C., Bondi, M. W., & Lohr, J. B. (2014). Cognitive symptom management and rehabilitation therapy for veterans with traumatic brain injury: Pilot randomized controlled trial. *Journal Rehabilitation Research, 51*(1), 59-70.
- Favero, M. A., & Santos, M. A. (2010). Depression and quality of life in mother of children with pervasive developmental disorders. *Revista Lation-Americana Enfermagem, 18*, 86-95.
- Feigin, V. L., Theadom, A., Barker-Collo, S., Starker, J. N., McPherson, K., Kahan, M., ...Ameratunga, S. (2013). Incidence of Traumatic Brain Injury in New Zealand: A Population-Based Study. *Funding Health Research Council of New Zealand, 12*, 53-64.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Lason, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship, 37*, 336-342.
- Finnanger, G. T., Olsen, A., Skandsen, T., Lydersen, S., Vik, A., Evensen, I. A. K., ...Inderdavig, S. M. (2015). Life after adolescent and adult moderate and severe traumatic brain injury: Self – reporte executive, emotional, and behavioural function 2-5 years after injury. *Behavioural Neurology, 1*, 1-19. doi.org/10.1155/2015/329241

- Finnanger, G. T., Skandsen, T., Andersson, S., Lydersen, S., Vik, A., & Indredavik, M. (2013). Differentiated Patterns of Cognitive Impairment 12 Months After Severe and Moderate Traumatic Brain Injury. *Brain Injury, 27*, 1606-1616.
- Giannantoni, A., Silvestro, D., & Siracusano S. (2011). Urologic dysfunction and neurologic outcome in coma survivors after severe traumatic brain injury in the postacute and chronic phase. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 92*, 1134-1138.
- Geriani, D., Savithry, K. S. B., Shivakumar, S., & Kanchan, T. (2015). Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 9*(3), 1-14.
- Geri, B N., Allan, N. P., Herbert, B. L., Ruthellyn, H., Perri, E. C., Katherine, C., ...Beth, K. (1997). Effects of exercise on fatigue, aerobic fitness, and disease activity measures in persons with rheumatoid arthritis. *Research in Nursing & Health, 20*, 195-204.
- Godbolt, A. K., Stenber, M., Jacobsson, J., Sorjonen, K., Krakau, K., Stainack, B. M., & DeBoussard, C. N. (2015). Subacute complication during recovery from severe traumatic brain injury: Frequency and association with outcome. *British Medical Journal, 5*, 1-9. doi:10.1136/bmjopen-2014-007208
- Grauwmeijer, E., Majanka, H., Heijenbrok, K., Haitsma, K. I., & Gerard, M. R. (2012). A Prospective Study on Employment Outcome 3 Years After Moderate to Severe Traumatic Brain Injury. *American Congress of Rehabilitation Medicine, 93*, 993-999. doi: 10.1016/j.apmr.2012.01.018
- Greg, R., Derw, D., Sally, F., Paul, R., Lynn, M., Libby, B., & Charli, S. (2016). Fatigue Risk Management: A Maritime Framework. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*, 1-9.
- Guzman, E. D., & Ament, A. (2017). Neurobehavioral Management of Traumatic Brain Injury in the Critical Care Setting: An Update. *Critical Care Clinic, 33*, 423-440.
- Hickey, J., & March, K. (2014). Craniocerebral Injury. (7th Eds.), *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*. Philadelphia: Lippicott William & Wilkins.
- Jirattanaphochai, K., Jung, S., Sumananont, C., & Sengnipanthkul, S. (2005). Reliability of the Medical Outcomes Study Short-Form Version 2.0 (Thai version) for the Evaluation of Low Back Pain Patients. *Journal of the Medical Association of Thailand, 88*, 1335-1361.

- Johansson, G. F., Lachica, M. E., Dickson, J. M., & Kennedy, M. J. (2004). Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, *31*, 1161-1169.
- Kapuchu, Y. D., Turkan, S. K., & Fesci, H. (2009). Family Caregivers' Difficulties in Caring for Bedridden Stroke Patients. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*, *2*, 17-31.
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictor of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, *68*, 846-855.
- Lee, H. Y., Tsai, F. Y., Lai, H. Y., & Tsai, M. C. (2008). Fatigue experience and coping strategies in Taiwanese lung cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(2), 876-833.
- Lim, W., Hong, S., Nelesen, R., & Dimsdale, J. E. (2005). The association of obesity, cytokine level, and depressive symptom with diverse measures of fatigue in healthy subjects. *Archives of Internal Medicine*, *165*, 910-916.
- Ling, G. S. F., & Marshall, S. A. (2008). Management of Traumatic Brain Injury in The Intensive Care Unit. *Neurologic Clinics*, *26*, 409-426.
- Lumprom, O. (2017). *Family Hardiness, Social Support, and Well-Being of Thai Traumatic Brain Injury* [Master's thesis]. Prince of Songkhla University.
- Lynch, S. H., & Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: a wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *68*(9), 2125-2134.
- Maas, A. I., Stocchetti, N., & Bullock, R. (2008). Moderate and severe traumatic brain injury in adults. *The Lancet Neurology*, *7*(8), 728-41.
- Majid, A. S., & Gray, P. D. (2010). A biobehavioral model for the study of exercise interventions in cancer-related fatigue. *Biological Research for Nursing*, *10*(4), 381-391.
- Malangpoothong, R. (2009). *Symptom Experiences, Management Strategies and Functional Status in Advanced Lung Cancer Patients Receiving Chemotherapy* [Master's Thesis]. Mahidol University, Bangkok.
- Maeyer, J. D., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, *21*, 364-380.
- Malec, F. J., Houtven, H. C., Tanielian, T., Atzado, A., & Dorn, C. M. (2017). Impact of TBI on caregivers of veterans with TBI: Burden and interventions. *Brain Injury*, *31*, 1235-1245. doi:10.1080/02699052.2016.1274778

- McCannon, J., & Temel, J. (2012). Comprehensive management of respiratory symptoms in patients with advanced lung cancer. *Journal Support Oncology*, *10*, 1-9.
- McPherson, C. J., Wilson, K. G., Chyurlia, L., & Leclerc C. (2011a). The balance of give and take in caregiver-partner relationships: An examination of self-perceived burden, relationship equity, and quality of life from the perspective of care recipients following stroke. *Rehabilitation Psychology*, *55*(2), 194-203.
- McPherson, C. J., Wilson, K. G., Chyurlia, L., & Leclerc C. (2011b). The Caregiving Relationship and Quality of life Among Partners of Stroke Survivors: A Cross-Sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *9*, 12-25.
- Mehnerta, A., Veersb, S., Howaldb, D., Braumannc, K. M., Kocha, U., & Schulza, K. H. (2011). Effects of a Physical Exercise Rehabilitation Group Program on Anxiety, Depression, Body Image, and Health-Related Quality of Life Among Breast Cancer Patients. *Oncology*, *34*, 248-253.
- Morales, A. M., Olea N., Martinez, M. M., Lozano, H. A., Rodriguez, R. C., & Rodriguez, D. L. (2008). Psychophysiological Effects of Massage-Myofascial Release After Exercise: A Randomized Sham-Control Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *14*, 1223-1229. doi:10.1089/amc.2008.0253
- Morgan, S., Kellner, S., Gutierrez, J., Collins, K., Rohl, B., Migliore, F., ...Monin, K. J. (2017). The Experience of Essential Tumor Caregivers: Burden and Its Correlates. *Frontiers in Neurology*, *8*, 1-9.
- Murray, D. G., Butcher, I., Mchugh, S. G., Lu, J., Mushkudiani, A. N., Mass, R. A., Marmarou, A., ...Steyerberg, W. E. (2007). Mutivariable pronostio analysis in traumatic brain injury: Results from the impact study. *Journal of Neurotrauma*, *24*, 227-329.
- Norup, A., Siert, L., & Mortensen, L. E. (2010). Emotional Distress and Quality of Life in Relatives of Patients with Severe Brain Injury: The First Month After Injury. *Brain Injury*, *24*, 81-88. doi:10.3109/02699050903508200
- Northouse, L., Williams, A. N., Given, B., & McCorklec, R. (2012). Psychosocial Care for Family Caregivers of Patients with Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *30*, 1226-1233. doi:10.1200/JCO.2011.39.5798
- Patterson, E., Wan, T. W. Y., & Sidani, S. (2012). Nonpharmacological nursing interventions for the management of patient fatigue: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, *22*, 2668-2678. doi: 10.1111/jocn.12211

- Pawl, D. J., Lee, Y. S., Clark, C. P., & Sherwood, R. P. (2013). Sleep Loss and Its Effect on Health of Family Caregivers of Individuals with Primary Malignant Brain Tumors. *Research in Nursing & Health, 36*, 386-39.
- Piper, B. F. (1986). Fatigue. In V. Kohlman, A. M., Lindsey, & West (Eds.), *Pathophysiological Phenomena in Nursing: Human Responses to Illness* (pp.219-234). St.Louis, MO: Saunders.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue Mechanisms in Cancer Patient: Developing Nursing Theory. *Oncology Nursing Forum, 14*, 17-23.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue. In A. Lindsey, M. & West (Eds.), *Pathophysiological Phenomena in Nursing* (pp.273-302). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The revised Piper fatigue scale psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 25*, 677-682.
- Piper, B.F. (2003). Fatigue. In C. Lindsey A. M., & West (Eds.), *Pathophysiological Phenomena in Nursing: Human Responses to Illness* (pp.102-154). St.Louis, MO: Saunders.
- Pivodic, L., Block, L. V., Pardon, K., Miccinesi, G., Alonso, V. T., Boffin, N., ... Philipsen, O. B. (2008). Burden on family care and care-related financial strain at the end of life: A cross-national population-based study. *European Journal of Public Health, 24*, 819–826.
- Polinder, S., Haagsma, A. J., Klaveren, D., Steyerberg, W. E., & Beeck, F. E. (2015). Health – related quality of life after TBI: A systematic review of study design, instrument, measurement properties, and outcome. *Population Health Metrics, 13*, 1-10.
- Prusty, G. K., Gururaj, G., & Dey, K. K. (2012). Neurotrauma: An Emerging Epidemic in low-and Middle-income Countries. In C. Raghupathi, R., & Maas (Eds.), *Traumatic brain and spinal cord injury: Challenges and developments* (pp.17-29). New York: Cambridge University Press.
- Rodriguez, B. G., Rivero, G. M., Gutierrez, G. R., & Marquez, R. J. (2012). Basic Concepts About Brain Pathophysiology and Intracranial Pressure Monitoring. *Neurologia, 30*, 16-22.
- Russell, K. P. & Loretta, M. I. (2018). Cancer-Related Fatigue: Guidelines for Evaluation and Management. *The Oncologist, 18*, 1-10.
- Saban, L K, Griffin, M. J., Urban, A., Janusek, A. M., Louise, T., & Collins, E. (2016). Perceived Health, Caregiver Burden, and Quality of Life in Women Partners Providing Care to Veterans with Traumatic Brain Injury. *Journal Rehabilitation Research and Development, 53*, 681-692.

- Schneider, A. R. (2004). Chronic renal failure: Assessing the fatigue severity scale for use among caregivers. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 219-225.
- Shukla, D., Devi, B. I., & Agrawal, A. (2011). Outcome measure for traumatic brain injury. *Clinical Neurology and Neurosurgery, 113*, 435-441.
- Sirimaneebon, K. (2008). *Personality and Values Affecting Sales Service Quality of Sales Staff: A case study of central department store*. Thammasat University, Bangkok.
- Skandsen, T., Finnanger, G. T., Andersson, S., & Lydersen, S. (2010). Cognitive Impairment 3 Months After Moderate and Severe Traumatic Brain Injury: A Prospective Follow-Up Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 91*, 1904-13. doi:10.1016/j.apmr.2010.08.021
- Steinbuechel, N., Wilson, L., Gibbons, H., Hawthorne, G., Höfer, S., & Schmidt, S. (2010). Quality of Life After Brain Injury (QOLIBRI): Scale Development and Metricproperties. *Journal of Neurotrauma, 27*, 1167-1185. doi:10.1089/neu.2009.1076
- Suanjan, P. (2007). *The Interrelationship of Economic Status, Health Status of Caregiver, Patient Care Activities and Health Status of Stroke Patients During the Rehabilitation Phase* [Master's Thesis]. Walailak University, Nakhon Si Thammarat.
- Susern, R. (2010). Integrating Community Based Rehabilitation in to Overall Primary Health Care: Lesson Learned from Thailand. *Journal of Nursing and Education, 3*, 8-20.
- Tang, K., Lau, C. G., Mok, V., Ungvari, G. S., & Wong, K. S. (2011). Burden of Chinese Stroke Family Caregivers: The Hong Kong Experience. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 92*, 1462-1467.
- Torabi, S., Sajjadi, M., Nourian, M., Borumandnia, N., & Farahani, S. A. (2017). The Effects of Spiritual Care on Anxiety in Adolescents with Cancer. *Support Palliat Care Cancer, 1*, 11-16. doi: 10.21859/Spcc-01013
- Truelle, L. J., Fayol, P., Montreuil, M., & Chevignard, M. (2010). Community Integration After Severe Traumatic Brain Injury In Adults. *Trauma and Rehabilitation, 27*(2), 688-694. doi:10.1097/WCO.0b013e3283404258
- Vaingankar, A. J., Chong, A. S., Abdin, E., Picco, L., Jeyagurunathan, A., Zhang, Y., ... Subramaniam, M. (2016). Care Participation and Burden Among Informal Caregivers of Older Adults With Care Needs and Associations With Dementia. *International Psychogeriatrics, 28*, 221-231. doi:10.1017/S104161021500160X

- Wang, H., Peitzman, A., Cassidy, L., Adelson, P., & Yealy, D. (2004). Out-of hospital endotracheal intubation and outcome after traumatic brain injury. *Emergency Medical Services Research, 44*, 439-450.
- Ware, J. E., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology, 52*, 903-912.
- Werner, C., & Engelhard, K. (2007). Pathophysiology of Traumatic Brain Injury. *British Journal of Anaesthesia, 99*, 4-9. doi:10.1093/bja/aem131
- Williams, G. A., Crane, B. P., & Kring, D. (2007). Fatigue in African American Woman on Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal, 34*, 610-618.
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *Japan Automobile Manufacturers Association, 273*, 59-65.
- Wise, E. K., Mathews-Dalton, C., Dikmen, S., Temkin, N., Machamer, J., Bell, K., & Powell, J. M. (2010). Impact of Traumatic Brain Injury on Participation in Laisur Activities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 91*, 1357-1326. doi:10.1016/j.apmr.2010.06.009
- World Health Organization (WHO). (1996). *Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. Retrieved from [www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
- World Health Organization. (2015). *Projections of Mortality and Burden of Disease to 2030: Deaths by Income Group*. Retrieved from [http://www.who.int/healthinfo/Global\\_burden\\_disease/Projections2002/en/](http://www.who.int/healthinfo/Global_burden_disease/Projections2002/en/)
- Wozniwicz, A., Kalinowska, J., Basinska, A. M., & Pieturlewicz, B. (2014). Personal resources and daily life fatigue in caregivers of persons with paraplegia. *Polish Journal of Applied Psychology, 12*(4), 29-40.
- Xiong, N., Yang, L., Yu, Y., Hou, J., Li, J., & Li, Y. (2011). Investigation of raising burden of children with autism, physical disability and mental disability in China. *Research and Development Disability, 32*, 306-311.
- Yu, Y., Hu, J., Efirid, T. J., & McCoy, P. T. (2012). Social Support, Coping Strategies and Health - Related Quality of Life Among Primary Caregivers of Stroke Survivors In China. *Journal of Clinical Nursing, 22*, 2160-2171. doi:10.1111/jocn.12251
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and Measurement Issues. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 795-800.



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช




รหัสโครงการวิจัยที่ 09/2559  
เอกสารรับรองเลขที่ 11/2559

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

โครงการวิจัย (ภาษาไทย)	ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของญาติและผู้ดูแล ผู้บาดเจ็บ
(ภาษาอังกฤษ)	Fatigue Symptom Experience, Symptom Management and Quality of Life Among Family Caregivers of Clients with Traumatic Brain Injury
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวปิยะพร พรหมแก้ว
ตำแหน่ง / สถานะ	นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบัน	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้พิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้ เมื่อวันที่ 17 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2559 และรับรองเป็นระยะเวลา 1 ปี สิ้นสุดระยะเวลาการรับรอง วันที่ 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560

ผู้วิจัยต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชทราบตามที่คณะกรรมการฯ กำหนด เพื่อขออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะสิ้นสุดระยะเวลาการรับรอง

ลงนาม.....

(นางสาวคีนสนีย์ ทองสงค์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ลงนาม.....

(นายอภิชาติ วชิรพันธ์)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

## ภาคผนวก ข

### ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวปิยะพร พรหมแก้ว นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้า วิธีการจัดการอาการ และระดับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปเป็นแนวทางให้การพยาบาล และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการเตรียมพยาบาลในการให้คำแนะนำญาติผู้ดูแลในการจัดการอาการเหนื่อยล้าให้เหมาะสมต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยดิฉันจะสอบถามและจดบันทึกข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไปของตัวท่าน ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้บาดเจ็บสมองที่ท่านให้การดูแล แบบประเมินเกี่ยวกับระดับอาการเหนื่อยล้า แบบประเมินเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้า และแบบประเมินคุณภาพชีวิต จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น โดยจะไม่ระบุชื่อโดยเด็ดขาด และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ท่านแต่อย่างใด

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ท่านสามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยตรง หรือติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ 086 - 2732838 อีเมลล์ piyaporn@bncnakhon.ac.th

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านสามารถลงนามเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

(นางสาวปิยะพร พรหมแก้ว)

ผู้วิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## ภาคผนวก ค

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

สถานที่.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง ประสพการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการ และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

## แบบสอบถาม

เรื่อง ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า การจัดการอาการและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความแต่ละข้อเพียงช่องเดียว และเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

( ) 1. พุทธ  
( ) 2. คริสต์  
( ) 3. อิสลาม

4. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด  
( ) 2. คู่  
( ) 3. หม้าย/ หย่า/ แยก

5. ในขณะนี้ท่านต้องให้การดูแลหรือเลี้ยงดูบุคคลอื่นอีกหรือไม่

( ) 1. ไม่มี  
( ) 2. มี จำนวน.....คน ระบุอายุ.....ปี

6. ระดับการศึกษา

( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) 2. ประถมศึกษา  
( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. ประกาศนียบัตร/ปริญญาตรี  
( ) 5. สูงกว่าปริญญาตรี

•  
•  
•

17. ความรู้หรือทักษะที่ท่านเคยได้รับการอบรม (ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. การอาบน้ำ  
( ) 2. การให้อาหารทางสายยาง  
( ) 3. การดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจ  
( ) 4. การออกกำลังกาย  
( ) 5. การดูแลสายสวนปัสสาวะ  
( ) 6. การเช็ดตัวลดไข้  
( ) 7. การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ

- ( ) 8. การจัดการกับความเครียด/อาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแล  
 ( ) 9. อื่นๆ ระบุ.....
18. กิจกรรมที่ท่านต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย (ท่านสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) 1. การอาบน้ำ/เช็ดตัว  
 ( ) 2. การให้อาหารทางสายยาง  
 ( ) 3. การดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ  
 ( ) 4. การออกกำลังกาย  
 ( ) 5. การดูแลสายสวนปัสสาวะ  
 ( ) 6. การดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระ  
 ( ) 7. การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ  
 ( ) 8. อื่นๆ ระบุ.....
19. บุคคลผู้ช่วยเหลือท่านในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในปัจจุบัน
- ( ) 1. ไม่มี  
 ( ) 2. มีระบุ.....
20. พฤติกรรมหรือความเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เป็นปัญหาที่ผู้ดูแลรู้สึกหนักใจมากที่สุด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) 1. สับสน  
 ( ) 2. โวยวาย/ อารมณ์แปรปรวน  
 ( ) 3. ความพิการ  
 ( ) 4. อาการแทรกซ้อน  
 ( ) 5. อื่น ๆ ระบุ.....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บสมอง

1. เพศ

- ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน

- ( ) 1. ไม่มีความพิการ สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้  
 ( ) 2. มีความพิการเล็กน้อย แต่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้  
 ( ) 3. มีความพิการปานกลาง ประกอบอาชีพไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นบางครั้ง  
 ( ) 4. มีความพิการรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา

4. ระยะเวลาเจ็บป่วยจนถึงวันที่สัมภาษณ์

- ( ) 1. 1 - 3 เดือน  
 ( ) 2. 4 - 6 เดือน  
 ( ) 3. 6 - 12 เดือน  
 ( ) 4. มากกว่า 1 ปี ระบุ.....

5. สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ( ) 1. เบิกค่ารักษาพยาบาล ( ) 2. จ่ายค่ารักษาเอง  
 ( ) 3. สังคมสงเคราะห์ ( ) 4. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
 ( ) 5. ประกันสังคม ( ) 6. สิทธิผู้พิการ  
 ( ) 7. อื่น ๆ ระบุ.....

6. ระดับความรุนแรงของ GCS ผู้ป่วย ณ วันที่เข้ารับการรักษา = ..... คะแนน

ระดับความรุนแรงของ GCS ผู้ป่วย ณ วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล = ..... คะแนน

(ผู้วิจัยกรอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติ)

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

**คำชี้แจง** กรุณาตอบคำถามโดยใช้เครื่องหมาย ○ วงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้มากที่สุด โดย “0” หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกต่อข้อความนั้นเลย และ “10” หมายถึง ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด

1. ท่านเริ่มมีความรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยล้าตั้งแต่เมื่อไหร่

( ) นาที.....

( ) ชั่วโมง.....

( ) วัน.....

( ) สัปดาห์.....

( ) เดือน.....

( ) อื่น ๆ.....

**ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง**

2. ในขณะนี้ท่านรู้สึกทรมานจากอาการเหนื่อยล้ามากน้อยเพียงใด

ไม่รู้สึกทรมานเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

รู้สึกทรมานมากที่สุด

3. ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนความสามารถในการทำงานของท่านในการทำงานให้สำเร็จมากน้อยเพียงใด

ไม่รบกวนเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

รบกวนมากที่สุด

4. ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนความสามารถของท่านในการพบปะ พูดคุย หรือมีกิจกรรมในสังคมร่วมกับเพื่อนฝูงมากน้อยเพียงใด

ไม่รบกวนเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

รบกวนมากที่สุด

5. ในขณะนี้ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนเพศสัมพันธ์ของท่านมากน้อยเพียงใด

ไม่รบกวนเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

รบกวนมากที่สุด

6. โดยรวมแล้ว ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่ท่านประสบอยู่ในขณะนี้ รบกวนความสามารถของท่านในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ท่านชอบมากน้อยเพียงใด

ไม่รบกวนเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

รบกวนมากที่สุด

7. อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับท่านในขณะนี้ มีระดับความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

ไม่รุนแรงเลย

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

รุนแรงมากที่สุด



**ด้านการรับรู้/เจตคติ**

กรุณาอธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้าที่ท่านกำลังประสบอยู่ในขณะนี้ว่าเป็นอย่างไร

8. เป็นสิ่งที่สนุกสนาน										เป็นสิ่งที่ไม่สนุกสนาน
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. เป็นสิ่งที่ยอมรับได้										เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. เป็นสิ่งที่ปกป้อง										เป็นสิ่งที่ทำลาย
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. เป็นสิ่งที่ดี										เป็นสิ่งที่ไม่ดี
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. เป็นสิ่งที่ปกติ										เป็นสิ่งที่ผิดปกติ
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**ด้านความรู้สึก**

13. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

แข็งแรง										อ่อนแอ
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

มีความตื่นตัว										ง่วงซึม
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

15. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

มีชีวิตชีวา										เฉื่อยหงอย/ไม่กระตือรือร้น
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

สดชื่น										เหนื่อย
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

มีพลัง										หมดพลัง
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**ด้านสติปัญญาและอารมณ์**

18. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

มีความอดทน										ไม่มีความอดทน
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

ผ่อนคลาย										ตึงเครียด
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

ร้ายแรง

ซึมเศร้า

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

สามารถรวบรวมสมาธิได้

ไม่สามารถรวบรวมสมาธิได้

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

สามารถจำสิ่งต่างๆ ได้

ไม่สามารถจำสิ่งต่างๆ ได้

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

สามารถคิดได้อย่างกระฉับกระฉ่าง

ไม่สามารถคิดได้อย่างกระฉับกระฉ่าง

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. โดยภาพรวม ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้ท่านมีอาการเหนื่อยล้า

25. ในขณะนี้ท่านมีอาการอื่นๆ นอกจากเหนื่อยล้าหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มี โปรดระบุ.....

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

**คำชี้แจง** โปรดอธิบายการจัดการอาการ หรือการแก้ไขอาการเหนื่อยล้าที่ท่านได้ทำขณะที่ท่านให้การดูแลผู้บาดเจ็บสมองที่บ้าน ว่าเมื่อท่านมีอาการเหนื่อยล้าท่านมีวิธีเบี่ยงเบน ชะลอ หรือป้องกันอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างไร วิธีใดบ้าง ทำให้ไม่ถึงใช้วิธีนั้น สถานที่ที่ปฏิบัติ ปฏิบัติบ่อยแค่ไหน และผลการปฏิบัติเป็นอย่างไร ดังนี้

วิธีการจัดการ	การจัดการอาการเหนื่อยล้า												
	อะไร	อย่างไร	ทำไม	โดยใคร	ที่ไหน	ความถี่			ประสิทธิผลของการจัดการอาการเหนื่อยล้า				
						นานๆ ครั้ง (1)	บางครั้ง (2)	บ่อยครั้ง (3)	ไม่ได้ผล (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	ดี (4)	ดีมาก (5)
1.การจัดการโดยการใช้จ่าย													
2.การจัดการโดยไม่ใช้จ่าย													
2.1 นอนหลับ/พักผ่อน													
2.2 ออกกำลังกาย													
2.3 ทำตัวให้สดชื่น													
2.4 สร้างกำลังใจ													
2.5 นวด													
2.6 รับประทานอาหารที่มีประโยชน์													
2.7 อื่นๆ.....													

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

คำชี้แจง ให้ขีดเครื่องหมาย (✓) ใน  ที่เห็นว่าตรงกับลักษณะของท่านมากที่สุดตามความเป็นจริง

1. ในภาพรวมท่านคิดว่าสุขภาพของท่าน

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	เลว

2. เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

<input type="checkbox"/> ปัจจุบันดีกว่าปีที่แล้วมาก	<input type="checkbox"/> ปัจจุบันดีกว่าเล็กน้อย
<input type="checkbox"/> เท่าๆ กับปีที่แล้ว	<input type="checkbox"/> ปัจจุบันเลวกว่าปีที่แล้วเล็กน้อย
<input type="checkbox"/> ปัจจุบันเลวกว่าปีที่แล้วมาก	

3. ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในปัจจุบันมีผลให้ท่านทำกิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้ลดลงหรือไม่เพียงใด

	ลดลง มาก ที่สุด	ลดลง มาก	ลดลง เล็กน้อย	ไม่ลดลง เลย
3.1 กิจกรรมที่ออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 กิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลางเช่น เลื่อนโต๊ะกวาดถูบ้าน เล่นกีฬาเบาๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 ยกถือของเวลาไปซื้อของในห้างสรรพสินค้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 ขึ้นบันไดหลายชั้น (จากชั้น 1 ไปชั้น 3 หรือมากกว่า)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 ขึ้นบันได 1 ชั้น (จากชั้น 1 ไปชั้น 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 ก้มลงเก็บของ กุ๊กเข่า งอตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 เดินเป็นระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 เดินเป็นระยะทางหลายร้อยเมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 เดินประมาณ 100 เมตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 อาบน้ำหรือแต่งตัว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



9. คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมากรุณาให้คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แต่ละคำถามเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด

	ตลอดเวลา	ส่วนใหญ่	บางเวลา	ส่วนน้อย	ไม่ใช่
9.1 รู้สึกกระปรี้กระเปร่ามาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 รู้สึกหงุดหงิดกังวลมาก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 ซึมเศร้าไม่ร่าเริง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 รู้สึกสงบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5 รู้สึกเต็มไปด้วยพลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6 รู้สึกหมดกำลังใจ ซึมเศร้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.7 รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.8 รู้สึกมีความสุขดี	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.9 รู้สึกเบื่อหน่าย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาปัญหาสุขภาพหรืออารมณ์ความรู้สึกของท่านมีผลรบกวนต่อเวลาว่างกิจกรรมทางสังคมของท่าน (เช่นไปเยี่ยมญาติหรือเพื่อน) มากน้อยเพียงใด

ตลอดเวลา	ส่วนใหญ่	บางเวลา	ส่วนน้อย	ไม่ใช่
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ข้อความต่อไปนี้ที่ตรงกับสุขภาพของท่านหรือไม่

	ถูกต้องที่สุด	ส่วนใหญ่ถูกต้อง	ไม่ทราบ	ส่วนใหญ่ไม่ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
11.1 ไม่สบายหรือเจ็บป่วยง่ายกว่าคนทั่วไป	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 มีสุขภาพดีเท่ากับคนอื่น ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3 คิดว่าสุขภาพจะเลวลง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4 มีสุขภาพดีเยี่ยม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ภาคผนวก ง

## ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 8

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงระยะเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้า (N= 140) (แบบสอบถามความเหนื่อยล้าคำถามข้อที่ 1)

ระยะเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้า	n	%
สัปดาห์	17	12.10
เดือน	59	42.20
อื่นๆ (ระบุไม่ได้ว่านานเท่าไร, เป็นๆหายๆ ไม่ต่อเนื่อง)	64	45.70

ตาราง 9

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงสาเหตุอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลขณะดูแลผู้ป่วยเจ็บสมอง (N = 140) (แบบสอบถามความเหนื่อยล้าคำถามข้อที่ 24)

สาเหตุของอาการเหนื่อยล้า	n	%
พักผ่อนไม่เพียงพอ	76	54.28
กังวลกับอาการ/คิดมาก	31	22.14
เบื่อหน่าย	25	17.86
สุขภาพไม่แข็งแรง	8	5.72

ตาราง 10

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้อาการอื่นๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า (N=104) (แบบสอบถามความเหนื่อยล้าคำถามข้อที่ 25)

อาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า	n	%
ปวดเมื่อยตามร่างกาย	55	52.89
เพลีย	25	24.03
ไม่สบาย	15	14.43
ปวดศีรษะ	9	8.65

ตาราง 11

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้อาการเหนื่อยล้าในระดับต่าง ๆ (N=140)

อาการเหนื่อยล้า	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
	n(%)	n(%)	n(%)
ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง	2(1.43)	132(94.28)	6(4.29)
ด้านการรับรู้/เจตคติ	0	26(36.40)	114(63.60)
ด้านความรู้สึก	9(6.42)	117(83.58)	14(10.0)
ด้านสติปัญญาและอารมณ์	129(92.14)	11(7.86)	0
โดยรวม	1(0.71)	138(98.57)	1(0.71)

ตาราง 12

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงคุณภาพชีวิตระดับต่าง ๆ (N=140)

คุณภาพชีวิต	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
	n(%)	n(%)	n(%)
ด้านร่างกาย	0	116(82.86)	24(17.14)
การทำหน้าที่ทางกาย	0	108(77.14)	32(22.86)
บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย	0	135(96.43)	5(3.57)
ความเหนื่อยล้า	7(5.0)	102(72.86)	31(22.14)
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	4(2.86)	124(88.57)	12(8.57)
ด้านจิตใจ	2(1.43)	138(98.57)	0
พลังแห่งชีวิต	0	133(95.0)	7(5.0)
การทำหน้าที่ทางสังคม	0	112(80.0)	28(20.0)
บทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์	3(2.14)	127(90.71)	10(7.15)
สุขภาพจิตทั่วไป	0	89(63.57)	51(36.43)
โดยรวม	0	120(85.71)	20(14.29)



## ตาราง 13

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้การลดลงในการทำกิจกรรม (มิติการทำหน้าที่ทางกาย)

(N= 140)

ข้อความ	ลดลงมากที่สุด	ลดลงมาก	ลดลงเล็กน้อย	ไม่ลดลงเลย
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 3 ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านในปัจจุบันมีผลให้ท่านทำกิจกรรมต่างๆต่อไปนี้ลดลงหรือไม่เพียงใด				
3.1 กิจกรรมที่ออกแรงมาก เช่น วิ่ง ยกของหนัก เล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงมาก	1(7.0%)	34(24.30%)	77(55.0%)	28(20.0%)
3.2 กิจกรรมที่ต้องออกแรงปานกลาง เช่น เลื่อนโต๊ะ กวาดถูบ้าน เล่นกีฬาเบาๆ	1(7.0%)	34(24.30%)	77(55.0%)	28(20.0%)
3.3 ยกถือของเวลาไปซื้อของในห้างสรรพสินค้า	1(7.0%)	34(24.30%)	77(55.0%)	28(20.0%)
3.4 ขึ้นบันไดหลายชั้น (จากชั้น 1 ไปชั้น 3 หรือมากกว่า)	1(7.0%)	35(25.0%)	76(54.0%)	28(20.0%)
3.5 ขึ้นบันได 1 ชั้น (จากชั้น 1 ไปชั้น 2)	1(7.0%)	42(30.0%)	67(47.0%)	30(21.0%)
3.6 ก้มลงเก็บของ คูกเข้า งอตัว	2(1.40%)	55(39.30%)	60(42.90%)	23(16.40%)
0.7 เดินเป็นระยะทางมากกว่า 1 กิโลเมตร	2(1.40%)	60(42.90%)	59(42.10%)	19(13.60%)
3.8 เดินเป็นระยะทางหลายร้อยเมตร	4(2.90%)	61(43.61%)	60(42.90%)	15(10.70%)
3.9 เดินประมาณ 100 เมตร	4(2.90%)	59(42.10%)	59(42.10%)	18(12.90%)
3.10 อาบน้ำหรือแต่งตัว	-	2(1.40%)	36(25.70)	102(72.90%)

ตาราง 14

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ปัญหาของการทำงานหรือกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นผล  
เนื่องจากสุขภาพร่างกาย (มีติบบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาทางกาย) (N = 140)

ข้อคำถาม	ตลอดเวลา	ส่วนใหญ่	บางเวลา	ส่วนน้อย
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาการทำงานหรือกิจวัตร ประจำวันซึ่งเป็นผลเนื่องจากสุขภาพ ร่างกายท่านหรือไม่				
4.1 ต้องลดเวลาในการทำงานหรือทำ กิจวัตร	3(2.10%)	105(75.0%)	25(17.90%)	7(5.0%)
4.2 ทำงานหรือทำกิจวัตรได้น้อยกว่าที่ ต้องการ	3(2.10%)	108(77.10%)	21(15.0%)	8(5.7%)
4.3 ทำงานหรือทำกิจวัตรบางอย่างไม่ได้	1(0.7%)	70(50.0%)	47(33.60%)	22(15.7%)
4.4 ทำงานหรือทำกิจวัตรได้ลำบาก กว่าเดิม	1(0.7%)	28(20.0%)	81(57.90%)	25(17.9%)

ตาราง 15

จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงความรุนแรงของความเหนื่อยล้า (ข้อ 7) และผลกระทบต่อ  
การทำงาน (ข้อ 8) (มีติความเหนื่อยล้า) (N = 140)

ข้อคำถาม	มีรุนแรง มาก	มีรุนแรง	มีรุนแรง ปานกลาง	มีรุนแรง น้อย	มีรุนแรง น้อยมาก
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 7 ท่านมีอาการ เหนื่อยล้ามากน้อยเพียงใด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	9(6.40%)	21(15.0%)	1(0.7%)	72(51.40%)	37(26.40%)

ข้อคำถาม	รบกวน มาก	รบกวน ค่อนข้างมาก	รบกวนปาน กลาง	รบกวน เล็กน้อย	ไม่รบกวน
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 8 ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา อาการเหนื่อยล้า รบกวนการทำงาน (ทั้งที่ ทำงานและที่บ้าน) มากน้อย เพียงใด	1(0.7%)	12(8.60%)	107(76.40%)	19(13.60%)	1(0.7%)

ตาราง 16

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้สุขภาพโดยรวม (ข้อ 1 และ ข้อ 11) (มิติการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป) (N = 140)

ข้อคำถาม	ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	เลว
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 1 ในภาพรวม ท่านคิดว่าสุขภาพของท่าน	0	0	38(27.10%)	96(68.60%)	6(4.30%)
ข้อคำถาม	ถูกต้องที่สุด	ส่วนใหญ่ถูกต้อง	ไม่ทราบ	ส่วนใหญ่ไม่ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 11 ข้อความต่อไปนี้ตรงกับสุขภาพของท่านหรือไม่					
11.1 ไม่สบายหรือเจ็บป่วยง่ายกว่าคนทั่วไป	12(8.57)	66(47.14)	6(4.29)	53(37.86)	3(2.14)
11.2 มีสุขภาพดีเท่ากับคนอื่น ๆ	9(6.43)	61(43.57)	45(32.14)	25(17.86)	0
11.3 คิดว่าสุขภาพจะเลวลง	14(10.00)	78(55.71)	13(9.29)	35(25.00)	0
11.4 มีสุขภาพดีเยี่ยม	66(47.14)	66(47.14)	3(2.14)	5(3.57)	0

ตาราง 17

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก (มิติพลังแห่งชีวิต) (N = 140)

ข้อคำถาม	ตลอดเวลา	ส่วนใหญ่	บางเวลา	ส่วนน้อย	ไม่ใช่
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 9 คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาให้คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แต่ละคำถามเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด					
9.1 รู้สึกกระปรี้กระเปร่ามาก	0	2(0.73)	9(6.52)	102(73.91)	27(19.57)
9.5 รู้สึกเต็มไปด้วยพลัง	0	18(12.86)	45(32.14)	75(53.57)	2(1.43)
9.7 รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีกำลัง	0	31(22.41)	68(48.57)	37(26.43)	4(2.86)
9.9 รู้สึกเบื่อหน่าย	0	3(2.14)	120(85.71)	12(8.57)	5(3.57)

ตาราง 18

จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพหรืออารมณ์ความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรมทางสังคม (ข้อ 6 และข้อ 10) (มิติการการทำหน้าที่ทางสังคม) (N = 140)

ข้อคำถาม	รบกวน	รบกวน	รบกวน	รบกวน	ไม่
	มาก	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	รบกวน
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 6 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพหรืออารมณ์ความรู้สึกของท่านมีผลรบกวนการมีกิจกรรมทางสังคมของท่านกับครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มอย่างน้อยเพียงใดสุขภาพของท่านหรือไม่	0	20(14.30%)	98(70.0%)	22(15.7%)	0

ข้อคำถาม	ตลอดเวลา	ส่วนใหญ่	บางเวลา	ส่วนน้อย	ไม่ใช่
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 10 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาปัญหาสุขภาพหรืออารมณ์ความรู้สึกของท่านมีผลรบกวนต่อเวลาที่มีกิจกรรมทางสังคมของท่าน (เช่นไปเยี่ยมญาติหรือเพื่อน) มากน้อยเพียงใด	0	8(5.70%)	117(83.60%)	15(10.7%)	0

ตาราง 19

จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้ถึงปัญหาในการทำงานที่เป็นผลจากปัญหาด้านอารมณ์หรือจิตใจ (มิติบทบาทที่ถูกจำกัดจากปัญหาด้านอารมณ์) (N = 140)

ข้อคำถาม	ตลอดเวลา	ส่วนใหญ่	บางเวลา	ส่วนน้อย	ไม่ใช่
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 5 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีประสบปัญหาในการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์หรือจิตใจ (เช่นรู้สึกซึมเศร้าหรือวิตกกังวล) หรือไม่					

ตาราง 19 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ตลอดเวลา	ส่วนใหญ่	บางเวลา	ส่วนน้อย	ไม่ใช่
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
5.1 ต้องลดเวลาในการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวัน	2(1.40%)	99(70.70%)	29(20.70%)	9(6.4%)	1(0.7%)
5.2 ทำได้น้อยกว่าที่ต้องการ	1(0.7%)	101(72.10%)	29(20.70%)	8(5.70%)	1(0.7%)
5.8 ไม่สามารถทำได้อย่างระมัดระวังเหมือนปกติ	1(0.7%)	33(23.60%)	65(46.40%)	32(22.90%)	9(6.40)

ตาราง 20

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้เกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก (มิติสุขภาพจิตทั่วไป)(N= 140)

ข้อคำถาม	ตลอดเวลา	ส่วนใหญ่	บางเวลา	ส่วนน้อย	ไม่ใช่
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 9 คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาให้คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด แต่ละคำถามเกิดขึ้นบ่อยเพียงใด					
9.2 รู้สึกหงุดหงิดกังวลมาก	0	10(7.14)	53(37.86)	69(49.29)	8(5.71)
9.3 ซึมเศร้าไม่ร่าเริง	0	13(9.29)	75(53.57)	46(32.86)	6(4.29)
9.4 รู้สึกสงบ	0	26(18.57)	64(45.71)	46(32.86)	4(2.86)
9.6. รู้สึกหมดกำลังใจ ซึมเศร้า	0	13(9.29)	78(55.71)	39(27.86)	10(7.14)
9.8 รู้สึกมีความสุขดี	0	37(26.43)	75(53.57)	25(17.86)	3(2.14)

ตาราง 21

จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลที่รับรู้สุขภาพในปัจจุบันกับปีที่ผ่านมา (N= 140)

ข้อคำถาม	ปัจจุบันเลวกว่าปีที่แล้วมาก	ปัจจุบันเลวกว่าปีที่แล้วเล็กน้อย	เท่าๆ กับปีที่แล้ว	ปัจจุบันดีกว่าเล็กน้อย	ปัจจุบันดีกว่าปีที่แล้วมาก
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
คำถามข้อ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร	0	22(15.70%)	64(45.70%)	43(30.70%)	11(7.90%)

## ภาคผนวก จ

## ตารางของเครซี่และมอร์แกน (R.V.Krejcie &amp; D.W.Morgan)

ตาราง 22

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

N	S	N	S	N	S	N	S
10	10	120	92	340	181	2000	322
15	14	130	97	360	186	2200	328
20	19	140	103	380	191	2400	331
25	24	150	108	400	196	2600	335
30	28	160	113	420	201	2800	338
35	32	170	118	440	205	3000	341
40	36	180	123	460	210	3500	347
45	40	190	127	480	214	4000	350
50	44	200	132	500	217	4500	354
55	48	210	135	550	226	5000	357
60	52	220	140	600	234	6000	361
65	56	230	144	650	242	7000	364
70	59	240	148	700	248	8000	367
75	63	250	152	750	254	9000	368
80	66	260	155	800	260	10000	370
85	70	270	159	850	265	15000	375
90	73	280	162	900	269	20000	377
95	76	290	165	950	274	30000	379
100	80	300	169	1000	278	40000	380
110	86	320	175	1100	285	50000	381
				1200	291	75000	382
				.....	.....	100000	384

## ภาคผนวก ฉ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. อาจารย์ ดร.จินตนา ตำเกลี้ยง	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผศ.ดร.บุศรา หมั่นศรี	สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. คุณดวงเพ็ญ แววันจิตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
4. คุณสมใจ คงรัตน์	ญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง อ.พระพรหม จ.นครศรีธรรมราช

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวปิยะพร พรหมแก้ว		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5610421037		
วุฒิการศึกษา			
	วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช	2553

## ทุนการศึกษาที่ได้รับระหว่างการศึกษา

ทุนอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช สถาบันบรมราชชนก ปี 2556-2558

## ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช (พ.ศ.2553 – ปัจจุบัน)

## การนำเสนอผลงาน

ปิยะพร พรหมแก้ว, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์, และชนิษฐา นาคะ. (2560). ความเหนื่อยล้าและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บสมอง. การประชุมวิชาการบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 7 “ประเทศไทย 4.0 นวัตกรรมสร้างสรรค์สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน”. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร, S381-S392.



