

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ เก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลตราง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จำนวน 120 ราย ระหว่างเดือนธันวาคม 2547 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2548 โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแล
3. ระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง
4. ลักษณะอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง
5. การจัดการอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 31-40 ปี และ 41-50 ปี อย่างละร้อยละ 30 รองลงมาอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 24.2 โดยพบว่า มีอายุเฉลี่ย 39.7 ปี (S.D.=11.82) อายุต่ำสุด 19 ปี และอายุสูงสุด 82 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.5 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 65.8 รองลงมาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 37.5 ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 24.2 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-7,000 บาท ร้อยละ 39.2 รองลงมาอยู่ในช่วง 7,001-10,000 บาท ร้อยละ 25.8 โดยรับรู้ว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 60.8 สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย พบว่า ร้อยละ 46.7 ผู้ป่วยใช้สิทธิพระราชบัญญัติ (พรบ.) รองลงมาใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาท) ร้อยละ 39.2 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อการเงินของครอบครัวมาก ร้อยละ 46.7 รองลงมา มีผลกระทบต่อปานกลาง ร้อยละ 24.2 ภูมิลาเนาที่อาศัย พบว่า

อยู่ในชุมชนเขตนอกเมือง ร้อยละ 89.2 ในเรื่องภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างประเมินว่า มีสุขภาพไม่แข็งแรง ร้อยละ 68.3 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะเป็นมารดา และภรรยา ในสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 30 ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 3-7 วัน ร้อยละ 63.3 รองลงมาอยู่ในช่วง 8-14 วัน ร้อยละ 20.8 โดยพบว่าจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน อยู่ในช่วง 19-24 ชั่วโมง ร้อยละ 80 (สูงสุด = 24 ชั่วโมง, ต่ำสุด = 6 ชั่วโมง) เมื่อประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 85 ไม่เคยให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มาก่อน ด้านการอบรม/ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับการอบรม/ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 75 และกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 ได้รับการอบรม/ได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วย โดยร้อยละ 23.9 ของผู้ที่เคยอบรม/ ได้รับความรู้ในเรื่องการอาบน้ำ/การเช็ดตัวผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 21.2 คือเรื่องการให้อาหารทางสายยาง ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	15.0
หญิง	102	85.0
อายุ (mean = 39.7, S.D.=11.82, Max = 82, Min = 19)		
น้อยกว่า 20 ปี	1	0.8
20-30 ปี	29	24.2
31-40 ปี	36	30.0
41-50 ปี	36	30.0
51-60 ปี	13	10.8
มากกว่า 60 ปี	5	4.2
สถานภาพสมรส		
โสด	12	10.0
คู่	100	83.3
หม้าย/แยก/หย่า	8	6.7
ศาสนา		
พุทธ	105	87.5
อิสลาม	15	12.5

ตาราง 3 (ต่อ).

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
อ่านออกเขียนได้	1	0.8
ประถมศึกษา	79	65.8
มัธยมศึกษา	24	20.0
อนุปริญญา/เทียบเท่า	14	11.7
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	2	1.7
จำนวนบุตร/หลานที่ต้องดูแล		
ไม่มี	56	46.7
มี จำนวน		
1-2 คน	24	37.5
3-4 คน	28	43.8
มากกว่า 4 คน	12	18.7
อาชีพในปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ / แม่บ้าน /ว่างงาน	23	19.2
เกษตรกรรวม	22	18.3
รับจ้าง	45	37.5
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	29	24.2
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	1	0.8
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่าหรือเทียบเท่า 3,000 บาท	7	5.8
3,001 – 5,000 บาท	23	19.2
5,001 – 7,000 บาท	47	39.2
7,001 – 10,000 บาท	31	25.8
10,001 บาทขึ้นไป	12	10.0
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	73	60.8
เพียงพอ	47	39.2

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
เบิกค่ารักษาพยาบาล	1	0.8
จ่ายค่ารักษาเอง	2	1.7
บัตร 30 บาท	47	39.2
ประกันสังคม	9	7.5
พรบ.	56	46.7
อื่น ๆ (บัตร อสม.)	5	4.2
ผลกระทบต่อการเงินของครอบครัว		
ไม่มีเลย	14	11.7
บ้างเล็กน้อย	21	17.5
ปานกลาง	29	24.2
มาก	56	46.0
ภูมิลำเนาที่อาศัย		
ชุมชนเขตเมือง	13	10.8
ชุมชนเขตนอกเมือง	107	89.2
ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบัน		
แข็งแรง	38	31.7
ไม่แข็งแรง	82	68.3
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
บิดา	5	4.2
มารดา	36	30.0
สามี	1	0.8
ภรรยา	36	30.0
บุตร	15	12.5
อื่น ๆ (ยาย/น้า/พี่ชาย/พี่สาว/น้องชาย/น้องสาว)	27	22.5
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (mean = 9.9, S.D.=10.54, Max = 62, Min = 3)		
3-7 วัน	76	63.3
8-14 วัน	25	20.8
15-21 วัน	5	4.2
22-28 วัน	2	1.7
มากกว่า 28 วัน	12	10.0

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน (mean = 21.3, S.D.= 5.39, Max = 24, Min = 6)		
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	1	0.8
6-12 ชั่วโมง	18	15.0
13-18 ชั่วโมง	5	4.2
19-24 ชั่วโมง	96	80.0
ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง		
ไม่เคย	102	85.0
เคย	18	15.0
ได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วย		
ไม่เคย	90	75.0
เคย (ตอบได้มากกว่า 1)	30	25.0
การอาบน้ำ / การเช็ดตัว	27	23.9
การให้อาหารทางสายยาง	24	21.2
การดูดเสมหะ	14	12.4
การออกกำลังกาย/การทำกายภาพบำบัด	13	11.5
การเช็ดตัวลดไข้	21	18.6
การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ	13	11.5
การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง/อาการผิดปกติของผู้ป่วย	1	0.9

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแล

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.2 เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 15-25 ปี มากที่สุด ร้อยละ 34.2 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 45 ร้อยละ 22.5 โดยพบว่ามีอายุเฉลี่ย 34.9 ปี (S.D.=17.08) อายุต่ำสุด 13 ปี และมีอายุสูงสุด 78 ปี ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแรกรับ มีระดับความรุนแรงเล็กน้อย (GCS=14-15 คะแนน) ร้อยละ 38.3 รองลงมาอยู่ในระดับรุนแรงมาก (GCS=3-8 คะแนน) ร้อยละ 31.7 ส่วนระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในปัจจุบัน อยู่ในระดับรุนแรงเล็กน้อย (GCS=14-15 คะแนน) ร้อยละ 50.0 รองลงมา มีระดับความรุนแรงปานกลาง (GCS=9-13 คะแนน) ร้อยละ 37.5 สภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยไม่มีความพิการ สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 48.3 รองลงมา มีความพิการ

รุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ร้อยละ 37.5 ผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.3 มีกำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ปกติ รองลงมาอ่อนแรงทั้งแขนและขา ร้อยละ 25.0 ส่วนระยะเวลาที่เจ็บป่วยของผู้ป่วย พบว่า มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 3-7 วัน ร้อยละ 65 รองลงมาอยู่ในช่วง 8-14 วัน ร้อยละ 19.2 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.2 ที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแล ไม่มีการใช้อุปกรณ์พิเศษ และ ร้อยละ 45.8 มีการใช้อุปกรณ์พิเศษ ได้แก่ ท่อเจาะคอ/ท่อช่วยหายใจ/เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 37.7 รองลงมา มีสายยางให้อาหาร ร้อยละ 27.9 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแล (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	113	94.2
หญิง	7	5.8
อายุ (mean = 34.9, S.D.= 17.08, Max = 78, Min = 13)		
น้อยกว่า 15 ปี	6	5.0
15-25 ปี	41	34.2
26-35 ปี	23	19.2
36-45 ปี	23	19.2
มากกว่า 45 ปี	27	22.5
ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแรกรับ		
รุนแรงเล็กน้อย (GCS=14-15 คะแนน)	46	38.3
รุนแรงปานกลาง (GCS=9-13 คะแนน)	36	30.0
รุนแรงมาก (GCS=3-8 คะแนน)	38	31.7
ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในปัจจุบัน		
รุนแรงเล็กน้อย (GCS=14-15 คะแนน)	60	50.0
รุนแรงปานกลาง (GCS=9-13 คะแนน)	45	37.5
รุนแรงมาก (GCS=3-8 คะแนน)	15	50.0

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
สภาพผู้ป่วยในปัจจุบัน		
ไม่มีความพิการ สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้	58	48.3
พิการเล็กน้อย แต่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้	7	5.8
พิการปานกลาง ประกอบอาชีพไม่ได้ พึ่งพาผู้อื่นบางครั้ง	10	8.3
พิการรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ พึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา	45	37.5
พยาธิสภาพและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้ป่วยในปัจจุบัน		
อ่อนแรงของแขน	8	6.7
อ่อนแรงของขา	4	3.3
กำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ปกติ	70	58.3
อ่อนแรงทั้งแขน และขา	30	25.0
ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้	8	6.7
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (mean = 11.48, S.D.=13.68, Max = 90, Min = 3)		
3-7 วัน	78	65.0
8-14 วัน	23	19.2
15-21 วัน	7	5.8
22-28 วัน	4	3.3
มากกว่า 28 วัน	8	6.7
การใช้อุปกรณ์พิเศษ		
ไม่มี	65	54.2
มี (ตอบได้มากกว่า 1)	55	45.8
ท่อเจาะคอ/ท่อช่วยหายใจ/เครื่องช่วยหายใจ	46	37.7
สายยางให้อาหาร	34	27.9
สายสวนปัสสาวะ	33	27.0
อื่น ๆ (ออกซิเจนต่าง ๆ และสายระบายน้ำไขสันหลัง)	9	7.4

ระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการซักถามถึงระยะเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้า ระดับอาการเหนื่อยล้า และสาเหตุของการเกิดอาการเหนื่อยล้าดังกล่าว พบว่ามีรายละเอียด ดังนี้

1. ระยะเวลาในการเกิดอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเกิดอาการเหนื่อยล้าที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น ชั่วโมง วัน สัปดาห์ เดือน และอื่น ๆ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.5 เริ่มรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยล้ามาเป็นวัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้เข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลได้ไม่นานไม่ถึงสัปดาห์ รองลงมา ร้อยละ 29.2 เริ่มรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าเกิดมาเป็นระยะเวลานานเท่าไร เนื่องจากอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างไม่ต่อเนื่อง มีลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ ส่วนกลุ่มตัวอย่างบางราย ร้อยละ 18.3 เริ่มรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นมาเป็นสัปดาห์แล้ว เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5.8 เริ่มรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นมาเป็นเดือน โดยพบในกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานานติดต่อกันหลายเดือน และกลุ่มตัวอย่างเพียงน้อยราย ร้อยละ 4.2 เริ่มรู้สึกว่ามีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นไม่นาน เพียงไม่กี่ชั่วโมง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

แสดงจำนวน และร้อยละของระยะเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง (N=120)

ระยะเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
ชั่วโมง	5	4.2
วัน	51	42.5
สัปดาห์	22	18.3
เดือน	7	5.8
อื่น ๆ	35	29.2

2. ระดับอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการเหนื่อยล้าโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.95, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.16) เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านความรู้สึกอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 7.24, ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.41) ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและรายด้าน

อาการเหนื่อยล้า ของผู้ดูแล (แบ่งตามรายด้าน)	ค่าคะแนน น้อยที่สุด (min)	ค่าคะแนน มากที่สุด (max)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับอาการ เหนื่อยล้า
ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง	1.33	8.67	4.97	1.56	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความหมาย/เจตคติ	2.60	10.00	6.69	1.62	ปานกลาง
ด้านความรู้สึก	3.80	10.00	7.24	1.41	มาก
ด้านสติปัญญาและอารมณ์	1.50	9.00	5.23	1.72	ปานกลาง
โดยรวม	3.45	8.77	5.95	1.16	ปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามรายข้อในแต่ละด้าน พบว่า ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของอาการมากที่สุด (ร้อยละ 100) ด้านความคิดเห็น/เจตคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่สนุกสนาน/ไม่สนุกสนาน และสิ่งปกป้อง/ทำลาย (อย่างละ ร้อยละ 100) ด้านความรู้สึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสดชื่น/เหนื่อย (ร้อยละ 100) และด้านสติปัญญา พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกง่วง/ซึมเศร้า (ร้อยละ 99.8) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหนื่อยล้าในระดับต่าง ๆ จำแนกตามรายข้อในแต่ละด้าน โดยเรียงลำดับจากรายข้อที่พบมากไปน้อย (N=120)

ระดับของอาการเหนื่อยล้า	มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง-				
1. ระดับความรุนแรงของอาการ	120 (100)	10 (8.3)	53 (44.2)	57 (47.5)
2. ความรู้สึกทรมานจากอาการ	119 (99.2)	5 (4.2)	57 (47.9)	57 (47.9)
3. อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นรบกวนความ สามารถในการทำงานให้สำเร็จ	111 (94.2)	8 (7.2)	43 (38.7)	60 (54.1)

ตาราง 7 (ต่อ)

ระดับของอาการเหนื่อยล้า	มี	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
4. อาการเหนื่อยล้า รบกวนความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ชอบ	96 (80)	2 (2.1)	53 (55.2)	41 (42.7)
5. อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนความสามารถในการพบปะพูดคุย หรือมีกิจกรรมทางสังคม	86 (71.7)	5 (5.8)	53 (61.6)	28 (32.6)
6. อาการเหนื่อยล้ารบกวนเพศสัมพันธ์	29 (24.2)	4 (13.8)	15 (51.7)	10 (34.5)
ด้านความคิดเห็น/เจตคติ				
1. สิ่งสนุกสนาน/ไม่สนุกสนาน	120 (100)	0	20 (16.7)	100 (83.3)
2. สิ่งปกป้อง/สิ่งที่ทำลาย	120 (100)	1 (0.8)	39 (32.5)	80 (66.7)
3. สิ่งที่ดี/สิ่งที่ไม่ดี	119 (99.2)	0	15 (12.6)	104 (87.4)
4. ยอมรับได้/ยอมรับไม่ได้	93 (77.5)	10 (10.8)	52 (55.9)	31 (33.3)
5. สิ่งที่ปกติ/ผิดปกติ	89 (74.2)	3 (3.4)	40 (44.9)	46 (51.7)
ด้านความรู้สึก				
1. สดชื่น/เหนื่อย	120 (100)	2 (1.7)	10 (8.3)	108 (90.0)
2. ตื่นตัว/ง่วงซึม	119 (99.2)	3 (2.6)	28 (23.5)	88 (73.9)
3. มีชีวิตชีวา/เงื่องหงอย	118 (98.3)	2 (1.7)	53 (44.9)	63 (53.4)
4. แข็งแรง/อ่อนแอ	117 (97.5)	1 (0.9)	35 (29.9)	81 (69.2)
5. มีพลัง/หมดพลัง	115 (98.3)	4 (3.5)	40 (34.8)	71 (61.7)
ด้านสติปัญญา/อารมณ์				
1. จำเรื่อง/ลืมเศร้า	119 (99.2)	6 (5.0)	67 (56.3)	46 (38.7)
2. ผ่อนคลาย/ตึงเครียด	118 (98.3)	2 (1.7)	23 (19.5)	93 (78.8)
3. สามารถคิดได้กระจ่าง/ ไม่สามารถคิดได้กระจ่าง	105 (87.5)	19 (18.1)	40 (38.1)	46 (43.8)
4. สามารถรวบรวมสมาธิได้/ ไม่สามารถรวบรวมสมาธิได้	103 (85.8)	17 (16.5)	43 (41.7)	43 (41.7)
5. สามารถจำสิ่งต่าง ๆ ได้/ ไม่สามารถจำสิ่งต่าง ๆ ได้	86 (71.7)	12 (14.0)	45 (52.3)	29 (33.7)
6. มีความอดทน/ไม่มีความอดทน	71 (59.2)	11 (15.5)	51 (71.8)	9 (12.7)

3. สาเหตุของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ขณะให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8

แสดงจำนวน และร้อยละของสาเหตุอาการที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างขณะให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (N=120)

สาเหตุของอาการเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
พักผ่อนไม่เพียงพอ	75	51.0
กังวลใจ	41	27.9
เบื่อหน่าย	15	10.2
สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง	14	9.5
หงุดหงิดใจ	2	1.4

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้มีการอธิบายสาเหตุของการเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น ขณะให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล สามารถจำแนกได้เป็น 5 สาเหตุ คือ 1) พักผ่อนไม่เพียงพอ 2) กังวลใจ 3) เบื่อหน่าย 4) สุขภาพไม่แข็งแรง และ 5) หงุดหงิดใจ ดังรายละเอียด ดังนี้

1. พักผ่อนไม่เพียงพอ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 ราย (ร้อยละ 51.0) ได้บอกสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าว่า เกิดจากสาเหตุการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือยังคงมีอาการสับสน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องคอยดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง หรือในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำงานอย่างอื่นในตอนกลางวัน และตอนกลางคืนต้องคอยเฝ้าผู้ป่วยทั้งคืน กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งยังต้องทำบทบาทอื่นนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลงานบ้าน หรือดูแลบุตรที่บ้าน เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้พักผ่อนนอนหลับ จึงทำให้ร่างกายมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...อดนอนเลยที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการอย่างนี้ เพราะว่าไม่ค่อยได้พักผ่อน ไม่ค่อยได้นอนเลย เพราะว่ากลางวันเราก็ต้องไปทำงาน ไปทำก่อสร้างตั้งแต่ตอนเช้า พอเลิกงานก็ต้องรีบกลับมาเฝ้าผู้ป่วย ก็เฝ้าตั้งแต่ตอนเย็น ๆ จนถึงเช้ามีดเลย ทำให้นอนก็ไม่ค่อยได้นอน เลยรู้สึกว่าร่ากายของตนเองมันล้ามาก...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 13 เพศหญิง อายุ 67 ปี)

2. กังวลใจ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 41 ราย (ร้อยละ 27.9) มีสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดจากความรู้สึกเครียด วิตกกังวล เป็นหนึ่งในอาการของผู้ป่วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกที่ตนเองให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มาเป็นระยะเวลาหลายวัน แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการไม่ดีขึ้น ทำให้เกิดความเป็นห่วงและกังวลใจ หรือในกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความพิการรุนแรง ไม่สามารถหายกลับมาเป็นปกติได้เหมือนเดิม นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบต่อการเงินของครอบครัว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเครียดและกังวล ซึ่งเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการเหนื่อยล้า ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...เครียด เรื่องของคนไข้มากที่สุดเลยที่ทำให้เรามีอาการแบบนี้ เพราะถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดี เราก็จะมีความรู้สึกที่ว่า ทำไมเราทำดีแล้ว แต่อาการของคนไข้ยังไม่ค่อยดีขึ้น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 12 เพศชาย อายุ 32 ปี)

3. เบื่อหน่าย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 10.2) ได้ให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บจนถึงปัจจุบัน เป็นระยะเวลานานกว่า 7 วัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องใช้ชีวิตภายในโรงพยาบาล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเบื่อหน่ายที่ได้พบแต่ความเจ็บป่วย หรือจากการที่ให้การดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีอาการเหมือนเดิม หรือไม่ดีขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างท้อแท้และเบื่อหน่าย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...วัน ๆ ไม่ได้ทำอะไรเลย ต้องคอยเฝ้าผู้ป่วยอยู่ตลอด แล้วก็เฝ้ามาตั้งหลายวันแล้ว ทำให้ไม่มีเวลาเป็นของตัวเองเลย อยากจะไปไหนก็ไม่ได้ไป ทำอะไรก็ไม่ได้ทำ กินอยู่แต่ในโรงพยาบาลทั้งวัน ทั้งคืน เลยรู้สึกเบื่อ...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 89 เพศหญิง อายุ 19 ปี)

4. สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 9.5) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจนถึงวัยผู้สูงอายุ หรือกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หอบหืด เป็นต้น พบว่าสาเหตุของอาการเหนื่อยล้า เกิดจากการรับรู้ถึงสุขภาพไม่แข็งแรง หรือการที่มีสุขภาพไม่สมบูรณ์อยู่แล้ว เพราะมีอายุมากหรือมีโรคประจำตัว ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วย ในขณะที่สภาพร่างกายไม่แข็งแรง ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...เกิดจากการที่ตนเองมีโรคประจำตัวอยู่แล้ว คือ มีอาการหอบเหนื่อย แล้วก็ต้องมาคอยดูแลผู้ป่วยอีก ทำให้ร่างกายยิ่งอ่อนแอลง เลยทำให้เหนื่อยง่าย ร่างกายต้องก็ต้องเหนื่อย ต้องล้าอยู่แล้ว...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 1 เพศหญิง อายุ 56 ปี)

5. หงุดหงิดใจ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.4) มีสาเหตุของอาการเหนื่อยว่าเกิดจากการที่รู้สึกรำคาญ หรือหงุดหงิดในอาการของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยยังมีอาการสับสน เอะอะไว้วาย พูดไม่รู้เรื่อง หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จึงเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น เนื่องจากต้องคอยอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาเกือบ 24 ชั่วโมง ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...ที่ล้าขึ้นมา ก็เพราะว่าคนไข้มันแหละ พอเราพูดให้ทำอย่างนี้ ไปทำอย่างโน้น ก็เข้าใจแหละว่ามัน (คนไข้) ยังไม่รู้เรื่อง แต่บางทีมันก็อดหงุดหงิด อดโมโหไม่ได้ มันเหนื่อยที่ต้องมานั่งเฝ้าคนที่ไม่รู้เรื่อง...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 23 เพศหญิง อายุ 29 ปี)

4. อาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีอาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า โดยพบว่า ร้อยละ 38.5 มีอาการปวดศีรษะ รองลงมา ร้อยละ 27.7 มีอาการปวดเมื่อยบริเวณร่างกาย ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9

แสดงจำนวน และร้อยละของอาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า (n=65)

อาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
ปวดศีรษะ	25	38.5
ปวดเมื่อยบริเวณร่างกาย	18	27.7
ไข้/ไม่สบาย	15	23.1
วิงเวียนศีรษะ/เป็นลม	4	6.1
คลื่นไส้/อาเจียน	3	4.6

ลักษณะอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของอาการเหนื่อยล้า โดยกลุ่มตัวอย่างได้มีการอธิบายลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10

แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง (ตอบได้มากกว่า 1)

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

จากตาราง 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างได้มีการอธิบายลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลว่า คือ 1) หหมดแรง 2) คิดอะไรไม่ออก 3) คิดมาก 4) ง่วงนอน 5) ร่างกายอ่อนแอลง และ 6) หลงลืม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. หหมดแรง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย (ร้อยละ 45.8) ได้มีการอธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้าว่ารู้สึกเหนื่อย เพลีย ไม่มีแรง ลักษณะเกิดขึ้นจากการที่กลุ่มตัวอย่างต้องคอยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาเกือบ 24 ชั่วโมง มาเป็นระยะเวลาที่มากกว่า 3 วัน ประกอบกับกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยมีหลายอย่าง เช่น การเช็ดตัว ให้อาหารทางสายยาง การเฝ้าระวังผู้ป่วยดิ่งสาย เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างจึงต้องทุ่มเททั้งร่างกาย และแรงใจในการดูแล ไม่มีเวลาในการพักผ่อนนอนหลับ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหนื่อย และเพลียมาก รู้สึกว่าร่างกายไม่มีแรง ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“...เป็นอาการที่เราารู้สึกว่าเหนื่อย ตอนนีเรารู้สึกเหนื่อยมาก ๆ ไม่ค่อยมีแรงเลย จะไม่ให้เหนื่อยได้หรือ (อย่างไร) เฝ้าเราก็เฝ้าอยู่คนเดียว แล้ววัน ๆ หนึ่งเฝ้าทั้งวันทั้งคืน นอนก็แทบจะไม่ได้นอนเลย...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 11 เพศหญิง อายุ 28 ปี)

2. คิดอะไรไม่ออก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย (ร้อยละ 22.3) ได้มีการอธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้าว่าเป็นอาการที่ไม่อยากคิด คือ คิดอะไรไม่ออก ต้องใช้เวลาในการนึก/คิดนานมากกว่าปกติ หรือการที่กลุ่มตัวอย่างอยากอยู่เฉย ๆ ไม่อยากทำอะไรเลย ไม่ต้องคิด ไม่ต้องทำอะไร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการสับสน เอะอะวอยวาย กลุ่มตัวอย่างจึงต้องคอยดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา หรือผลจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่

เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน จากการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลาด้วยความเป็นห่วง กลัวว่าจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างคอยเฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทั้งกลางวันและกลางคืน เป็นระยะเวลาานาน ทำให้ร่างกายพักผ่อนและนอนหลับไม่เพียงพอ ไม่มีเวลาพักผ่อนในเวลากลางวัน และนอนหลับในเวลากลางคืน แบบแผนการนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการอธิบายความลักษณะอาการของอาการเหนื่อยล้าว่าเป็นอาการที่คิดอะไรไม่ค่อยออก หัวสมองว่างเปล่า ความรู้สึกตื้อ ๆ ไม่อยากที่จะทำอะไร อยากอยู่เฉย ๆ ซึ่งเป็นผลจากการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...รู้สึกเพลียมาก ๆ แต่ส่วนมากอาการที่เราารู้เลยว่าเราไม่ไหวแล้ว สุด ๆ แล้ว ต้องทำอย่างอื่นบ้าง คือเวลาที่เราคิดอะไรสักอย่างไม่ค่อยออก หัวมันตื้อ ๆ ไปหมด ตื้อทั้งหัว...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 30 เพศหญิง อายุ 34 ปี)

3. ไม่สบายใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 14.5) ได้มีการอธิบายลักษณะอาการเหนื่อยล้าว่าเป็นอาการเครียด วิตกกังวล ไม่สบายใจในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องคอยเฝ้าผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เป็นระยะเวลาานาน แต่อาการของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยยังยังอยู่ในสภาพช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือยังมีอาการสับสน วุ่นวาย เอะอะวอยวาย และยังพบว่ามียกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมีปัญหาอื่นร่วมด้วย เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาเรื่องบุตร เป็นต้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างหมดกำลังใจ รู้สึกสิ้นหวัง เครียด หรือรู้สึกหงุดหงิดในการดูแลผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...เรารู้สึกเลยว่ามันเป็นอาการที่เกิดจากการที่เราคิดมาก กังวลมากเกินไปในอาการของคนไข้ กลัวสารพัดว่าคนไข้จะไม่เหมือนเดิม มันเลยทำให้เรารู้สึกล้าไปหมด...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 90 เพศหญิง อายุ 51 ปี)

4. ง่วงนอน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 7.3) ได้มีการอธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้าว่า ง่วงนอน อยากพัก ซึ่งลักษณะอาการเกิดจากการที่ผู้ดูแลนอนหลับในตอนกลางคืนไม่เพียงพอ เนื่องจากคอยเฝ้าผู้ป่วยคนเดียวทั้งในเวลากลางวัน และกลางคืน โดยที่ไม่มีผู้อื่นมาผลัดเปลี่ยน อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกแปลกที่ไม่ชินกับสิ่งแวดล้อม จึงทำให้รับรู้ว่ามีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่าที่ว่า

“...มันอยู่เพลียๆ อยากที่จะนอนจะนอนตลอด รู้สึกง่วงอยู่ตลอดเวลา ทำอะไรนาน ๆ ไม่ได้ มันง่วงเหมือนคนนอนไม่เต็มตื่น ไม่เต็มที มันแปลกที่ไม่ชิน ตอนกลางคืนก็เลยนอนไม่ค่อยหลับ แต่ก็ไม่รู้จะทำหรือ (อย่างไร) ลูกก็ต้องพยายามฝืนเอาไว้...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 59 เพศชาย อายุ 48 ปี)

5. ร่างกายอ่อนแอลง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 7.3) มีการอธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้า ว่าเป็นอาการที่ตนเองรู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอลง บางครั้งเกิดการ

เจ็บป่วยจนทำให้การดูแลผู้ป่วย เช่น เป็นไข้ เป็นลม เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยสูงอายุ ประกอบกับบางรายมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง หอบหืด เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมีอาการปวดเมื่อยบริเวณร่างกาย เช่น ปวดหลัง ปวดเอว เป็นต้น หรือทำอะไรได้ช้าลง เช่น เคลื่อนไหวลดลง/ช้าลง เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องคอยทำกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา เช่น การเช็ดตัว การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกายอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...จะไม่ให้มันเหนื่อย มันล้า ได้หรือ (อย่างไร) แก่ก็แก่แล้ว แต่ต้องมาอดหลับ อดนอน ธรรมดา ร่างกายมันก็ไม่ค่อยมีแรงอยู่แล้ว ก็อายุตั้งขนาดนี้แล้ว จะให้แรงเหมือนคนหนุ่มคนสาวไม่ได้หรอก นี่ก็มีโรคประจำตัวอยู่แล้วเป็นความดัน พอยิ่งต้องมาคอยเฝ้าคนเจ็บอีก ดูแต่คนไข้บางทีก็ลืมกินยาความดันของตัวเอง ร่างกายมันก็ยิ่งล้า ต้องอ่อนแอหลงเป็นธรรมดา...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 29 เพศชาย อายุ 42 ปี)

6 หลงลืม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 2.8) มีลักษณะอาการเหนื่อยล้าว่าทำให้หลงลืมได้ง่าย จำอะไรไม่ค่อยได้ เนื่องจากการที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลามากกว่า 3 วัน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง ใจจดใจจ่อกับการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะอาการเหนื่อยล้า คือ หลงลืมได้ง่าย จำอะไรไม่ค่อยได้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...จำอะไรไม่ค่อยได้ ชี้หลงชี้ลืมนี่ หยิบโน่นลืมนี่ เดี่ยวคิดจะทำอะไร พอสักพักนึกไม่ออกแล้วว่าจะทำอะไร บางทีต้องคอยบอกให้ลูก ๆ ช่วยเตือนโน่นเตือนนี่บ้าง...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 45 เพศหญิง อายุ 46 ปี)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการอธิบายลักษณะของอาการเหนื่อยล้าที่แตกต่างกันสามารถจำแนกออกเป็น 1) หดแรง 2) คิดอะไรไม่ออก 3) คิดมาก 4) ง่วงนอน 5) ร่างกายอ่อนแอ และ 6) หลงลืม ซึ่งเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการเหนื่อยล้า จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการหาการจัดการหรือวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น

การจัดการอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง และปัจจัย/สิ่งส่งเสริมการจัดการอาการเหนื่อยล้าให้ดีขึ้น

1. การจัดการ/วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้มีการอธิบายการจัดการอาการเหนื่อยล้า โดย ผู้วิจัย ได้มีการจำแนกตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ ออกเป็น 2 วิธี คือ 1) การจัดการโดยใช้ยา และ 2) การจัดการโดยไม่ใช้ยา ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11

แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดการ/วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง (ตอบได้มากกว่า 1) (N = 120)

การจัดการ/วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
1. การจัดการโดยการใช้ยา	16	13.3
2. การจัดการโดยไม่ใช้ยา	104	86.7
2.1 ผ่อนคลายอารมณ์	96	45.7
- พูดคุยกับบุคคลอื่น	35	36.5
- อ่านหนังสือ/ฟังเพลง/ดูทีวี	24	25.0
- นิ่งเฉย ๆ	20	20.8
- เดินไปทำอย่างอื่น	12	12.5
- ร้องไห้	2	2.1
- สูดลมหายใจ	2	2.1
- นิ่งสมาธิ	1	1.0
2.2 นอนหลับพักผ่อน	76	36.2
2.3 ยืดเส้นยืดสาย	15	7.1
- เปลี่ยนอิริยาบถ	12	80.0
- ออกกำลังกาย	3	20.0
2.4 ทำตัวให้สดชื่น	14	6.8
- อาบน้ำ	8	57.1
- ล้างหน้า-ล้างตา	6	42.9
2.5 สร้างกำลังใจ	5	2.4
- ดูอาการผู้ป่วยเตียงอื่น	2	40.0
- ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์	1	20.0
- นึกถึงบุตร	1	20.0
- สวดมนต์	1	20.0
2.6 นวด	2	0.9
2.7 กินมากขึ้น	2	0.9

จากตาราง 11 พบว่าในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้มีการเล่าประสบการณ์การ
จัดการอาการเหนื่อยล้า/วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าตามลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น
ซึ่งพบว่า แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีลักษณะอาการเหนื่อยล้าออกมาลักษณะใดก็ตาม แต่กลุ่มตัวอย่าง
ได้มีการใช้การจัดการ/วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าร่วมกัน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ
1) การจัดการโดยใช้ยา และ 2) การจัดการโดยไม่ใช้ยา โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดการโดยใช้ยา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 13.3) มีใช้ยาในการจัดการอาการเหนื่อยล้า
ซึ่งยาที่กลุ่มตัวอย่างมีการนำมาใช้ในการจัดการ ได้แก่ ยาแก้ปวด เช่น ยาพาราเซตามอล เป็นต้น
ยานอนหลับ ยาคลายเครียด และ ยาต้ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถระบุชื่อยาได้ การที่กลุ่มตัวอย่าง
ต้องคอยดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา และเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีอาการปวดเมื่อยร่างกาย รู้สึก
ไม่สบาย เหมือนจะเป็นลม มีไข้ การรับประทานยาพาราเซตามอล หรือใช้ยาต้ม จะรู้สึกอาการดีขึ้น
กลุ่มตัวอย่างที่นอนหลับไม่เพียงพอ จึงใช้ยานอนหลับ โดยกลุ่มตัวอย่างมักซื้อยาร้านขายยา หรือ
ร้านขายของบริเวณหน้าโรงพยาบาล ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...มันเพลียมากแต่นอนไม่หลับ อยู่เหมือนคนไม่มีแรง ก่อนหน้านี้ก็ทำโน่นทำนี่ให้มัน
หายเหนื่อย หายล้า แต่มันก็ไม่ดีขึ้น เลยไปซื้อยานอนหลับมากิน พอได้กินยานอนหลับเข้าไป มันทำ
ให้เราได้นอนได้หลับ พอเราได้นอนได้หลับไปสักพัก จะดีขึ้น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 10 เพศหญิง อายุ 44 ปี)

2. การจัดการโดยการไม่ใช้ยา

จากการศึกษาในคั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการไม่ใช้
ยามากที่สุด จำนวน 104 ราย (ร้อยละ 86.7) ไม่ว่าจะกลุ่มตัวอย่างจะมีลักษณะอาการเหนื่อยล้าทางออก
มาลักษณะใดก็ตาม ซึ่งการจัดการโดยไม่ใช้ยา สามารถจำแนกออกเป็น 7 วิธี คือ 1) ผ่อนคลาย
อารมณ์ 2) นอนหลับพักผ่อน 3) ยืดเส้นยืดสาย 4) ทำตัวให้สดชื่น 5) สร้างกำลังใจ 6) นวด และ
7) กินมากขึ้น ดังรายละเอียดดังนี้

2.1 ผ่อนคลายอารมณ์

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 ราย (ร้อยละ 45.7) มีการผ่อนคลายอารมณ์เป็นการจัดการ
อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมากที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการที่บริเวณข้างเตียงของผู้ป่วย หรือ
บริเวณหออผู้ป่วย และทำในช่วงเวลาที่ว่างเว้นจากการดูแลผู้ป่วย คือ ในเวลาตอนเที่ยง มากที่สุด
ใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง เนื่องจากต้องคอยดูแลผู้ป่วยด้วย ภายหลังจากการผ่อนคลายอารมณ์ ทำให้
อาการเหนื่อยล้าลดลงหรือหายไป วิธีการผ่อนคลายอารมณ์ ได้แก่ 1) พูดคุยกับบุคคลอื่น 2) อ่าน
หนังสือ/ฟังเพลง/ดูทีวี 3) นั่งเฉย ๆ 4) เดินไปทำอย่างอื่น 5) ร้องไห้ 6) สูดลมหายใจ และ 7) นั่งสมาธิ
ดังนี้

พูดคุยกับบุคคลอื่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 ราย (ร้อยละ 36.5) มีการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยพูดคุยกับบุคคลอื่นเพื่อเป็นการผ่อนคลายอารมณ์ จากการที่กลุ่มตัวอย่างต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง เพราะคอยเป็นห่วงแต่อาการของผู้ป่วยว่าจะมีอันตราย กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยกับบุคคลอื่น เช่น ญาติผู้ป่วยเตียงอื่น เพื่อนสนิท เป็นต้น เพื่อเป็นการระบายความรู้สึก รวมถึงเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงมากขึ้น สบายใจมากขึ้น ดังคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“...วัน ๆ ไม่ค่อยได้ทำอย่างอื่นเลยนอกจากเฝ้าคนไข้ อยู่แต่กับคนไข้ตลอดเลย บางทีก็รู้สึกเหนื่อยมาก ปวดหัว ก็จะได้เดินออกมาคุยกับญาติเตียงอื่นบ้างแถวหน้าต่าง หรือบางทีก็เดินไปคุยกับเข่าข้าง ๆ เตียงที่เฝ้าคนไข้เลย พอได้คุยกับคนอื่นบ้างจะรู้สึกดีขึ้นมาก...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 12 เพศหญิง อายุ 42 ปี)

อ่านหนังสือ/ฟังเพลง/ดูทีวี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 25.0) มีการใช้การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการอ่านหนังสือ เช่น นิยาย หนังสือดารา หนังสือศาสนา เป็นต้น หรือมีการฟังเพลง ดูทีวี เนื่องจากการเฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาเป็นระยะเวลาอันยาวนานส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียด ปวดศีรษะ คิดอะไรไม่ออก และรู้สึกหมดแรง การจัดการอาการโดยการหาสิ่งที่ช่วยให้เพลิดเพลิน ทำผ่อนคลายความรู้สึก หรือผ่อนคลายอารมณ์ อาการเหนื่อยล้าลดลง ดังคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...เวลาที่น้ำรู้สึกว่ามันล้า ความรู้สึกเรานั้นก็จะรู้สึกเหนื่อย เพลีย อยากนอน แต่ในความเป็นจริงเราก็นอนตลอดเวลาที่เราคิดไม่ได้ เพราะว่าเรามีหน้าที่ต้องเฝ้าคนไข้ เพราะฉะนั้นทางเลือกที่ดีที่สุดที่น้ำทำก็คือ หาหนังสือมานั่งอ่าน พวกหนังสือพิมพ์ก็ได้ ได้รู้ว่าวันนี้มีอะไรเกิดขึ้นบ้าง หรือหนังสือนิยาย พวกเล่มละ 10 กว่าบาท เพราะว่าหนังสือที่เราชอบอยู่แล้ว ชวนให้ติดตามความรู้สึกที่อยากนอน ง่วงนอน ก็หายไป แต่เดี๋ยวมันก็มีขึ้นอีก...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 19 เพศหญิง อายุ 36 ปี)

นั่งเฉย ๆ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 20.8) มีการใช้การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการนั่งเฉย ๆ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องคอยเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา รวมทั้งต้องคอยทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วย เช่น เช็ดตัว พลิกตะแคงตัว เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีเวลาว่างในแต่ละวัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการเหนื่อยล้า คืออาการที่รู้สึกหมดแรง ไม่อยากจะทำอะไร รู้สึกไม่มีพลัง จึงอยากอยู่เฉย ๆ บ้างเพื่อให้ได้มีแรงมากขึ้น หรือในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการคิดมาก คิดแต่เรื่องของผู้ป่วยตลอดเวลา เครียดในการอาการของผู้ป่วย จนไม่อยากจะทำอะไร ไม่อยากคิดอะไร อยากอยู่แบบเฉย ๆ หมดแรงในการคิด กลุ่มตัวอย่างจึงเลือกการจัดการโดยการอยู่เฉย ๆ ไม่ทำหรือคิดอะไร ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...มันท้อแท้ สิ้นหวัง ตอนนั้นหมอบอกให้ทำใจ เราก็มารู้จะทำยังไง เหนื่อยมันก็น้อย แต่เราก็ต้องอดทนถึงที่สุด สิ่งที่ได้ตอนนี้เวลาที่ท้อแท้ หรือสุดๆ แล้ว นี่ก็จะออกไปนั่งมันข้างนอก นั่งอยู่เฉยๆ ปล่อยใจ ไม่ต้องคิดอะไร...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 23 เพศหญิง อายุ 49 ปี)

เดินไปทำอย่างอื่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 12.5) มีการเดินออกจากเตียงผู้ป่วยเพื่อออกไปผ่อนคลายอารมณ์ เกิดความสบายใจมากขึ้น ช่วยในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทั้งในช่วงกลางวันและกลางคืน ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย กลุ่มตัวอย่างบางรายรู้สึกเครียด วิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วย ประกอบกับต้องคอยเฝ้าดูแลผู้ป่วย อยู่แต่ในโรงพยาบาล ทำให้พบแต่ผู้ป่วย การลุกเดินไปทำอย่างอื่นบ้าง เช่น เดินเล่นบริเวณหน้าหอผู้ป่วย เดินออกมาบริเวณหน้าโรงพยาบาล เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสดชื่น และสบายใจมากขึ้น ร่างกายมีแรงขึ้น อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลดีขึ้น หรือหายไป ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...การที่เราได้เดินออกไปหน้าโรงพยาบาล มันทำให้เราได้เห็นอะไรที่ดูแล้วสบายใจบ้าง นอกจากเห็นแต่คนเจ็บคนป่วย ทำให้เรารู้สึกมีแรงมากขึ้นกระปรี้กระเปร่าขึ้น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 1 เพศหญิง อายุ 56 ปี)

ร้องไห้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 2.1) มีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยการร้องไห้ เพื่อเป็นการระบายอารมณ์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องคอยเฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นระยะเวลานาน ที่มากกว่า 7 วัน และอาการของผู้ป่วยยังคงมีอาการสับสน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ เช่น เรื่องของบุตร ปัญหาด้านการเงิน เป็นต้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหนื่อยจนไม่อยากจะแก้ไขปัญหาคือเรื่องที่เกิดขึ้น อยากร้องไห้ ๆ คิดอะไรไม่ออก กลุ่มตัวอย่างจึงใช้การร้องไห้ เพื่อเป็นการระบายความรู้สึกและเกิดความสบายใจขึ้น ดังคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“... หัวเหมือนจะระเบิด มันสารพัดปัญหา แก้ปัญหาไม่ได้สักเรื่อง ทั้งเรื่องเงิน ไหนเรื่อง ลูกหลาน เหนื่อยจนไม่อยากจะทำอะไรแล้ว มันทำอะไรไม่ได้เลย ทั้งล้าทั้งเหนื่อย บอกไม่ถูก หหมดแรง ไปหมด ไม่รู้จะทำหรือแล้ว มันอัดอั้น ต้องเข้าไปร้องในห้องน้ำก็มี มันเหมือนได้ระบายออกมา แล้วเราก็มาริเริ่มต้นคิดใหม่หลาว...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 56 เพศหญิง อายุ 54 ปี)

สุดลมหายใจ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 2.1) มีการสุดลมหายใจในการจัดการอาการเหนื่อยล้า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องคอยดูแลผู้ป่วยเป็นเวลามากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน และต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา เช่น เช็ดตัว ให้อาหารทางสายยาง พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เป็นต้น หรือกลุ่มตัวอย่างต้องระวังผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการสับสน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหนื่อยและเพลีย แต่ด้วยความที่เป็นห่วงอาการของผู้ป่วยและไม่อยากจะละทิ้ง

ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างจึงใช้การจัดการโดยการพยายามหายใจลึก ๆ เพื่อเป็นการกลั่นอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยบรรเทาอาการ เหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...มันเหนื่อยมากเลยนะกับการเฝ้าคนที่ไม่รู้เรื่องนี้ ต้องทำโน่นทำนี่ตลอดเวลา บางที่เรา ก็ร่างกายล้าอยู่แล้ว เหนื่อยแบบพูดไม่ออกนะ น่องเข้าใจใหม่ แล้วต้องมารองรับอารมณ์คนไข้อีก บางทีก็หงุดหงิด โมโห แต่ก็ไม่รู้จะทำไม ก็พยายามหายใจลึก ๆ เข้าไว้ หายใจให้เต็มที่แบบลึก ๆ สักพักก็ยั้งชั่วคราว ช่วยได้บ้าง มันเหมือนเราได้ปล่อยอารมณ์ หรือกลั่นอารมณ์เอาไว้ ทำให้เรา ปลงได้...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 92 เพศหญิง อายุ 49 ปี)

นั่งสมาธิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.0) มีการใช้สมาธิเพื่อช่วยผ่อนคลาย ความรู้สึก ทำให้จิตใจให้สงบ นิ่งขึ้น ส่งผลให้ร่างกายได้มีการพัก ทำให้เกิดความสบายใจขึ้น มีแรง กำลังมากขึ้น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานาน ประกอบกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้ กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถละทิ้งผู้ป่วยได้ ต้องคอยดูแลผู้ป่วยทั้งกลางวัน และกลางคืน ส่งผลให้มี แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับที่เปลี่ยนแปลง จากการที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถละทิ้งผู้ป่วยได้ การนั่งสมาธิจึงเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สามารถทำบริเวณข้างเตียงของผู้ป่วยได้และใช้เวลาไม่นาน ทำให้ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าร่างกายได้มีการพักและมีแรงมากขึ้น ดังคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...ที่ทำทุก ๆ วันเลย ก็จะมีนั่งสมาธิ นั่งแถว ๆ ข้างเตียงคนไข้แหละ ไม่กล้าทิ้งคนไข้ ไปไหน นิ่งนิ่ง ๆ ให้ใจสงบ หลับตาสักพัก สัก 10 นาที แล้วกำหนดลมหายใจเข้า-ออก มันช่วยให้เรา ผ่อนคลาย รู้สึกสงบ สบายใจขึ้น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 30 เพศหญิง อายุ 34 ปี)

2.2 นอนหลับพักผ่อน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 ราย (ร้อยละ 36.2) จัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยการ นอนหลับพักผ่อน หรืองีบหลับ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน และต้องให้การดูแลผู้ป่วยทั้งเวลากลางวันและกลางคืน เวลาพักผ่อนน้อย ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหมือนไม่มีแรง อ่อนเพลีย และรู้สึกง่วงนอน จึงมีนอนหลับ โดยออกมานอนบริเวณ หน้าหอผู้ป่วย หรือปูเสื่อนอนใต้เตียงผู้ป่วย ในเวลาตอนเที่ยง หลังรับประทานอาหาร และทุกครั้ง เมื่อมีเวลาว่าง โดยใช้เวลานอนหลับเป็นเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง หรือพุบหลับบริเวณข้างเตียง หรือ งีบหลับ หรือพยายามนอนหลับพักผ่อนในช่วงเวลากลางคืนให้ได้มากที่สุด โดยเข้านอนตั้งแต่หัวค่ำ เพื่อช่วยให้ร่างกายมีแรงมากขึ้น ทำให้อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น หรือหายไป ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...นอนเลย นอนให้เต็มที่ทั้งกลางวัน แล้วก็กลางคืน เพราะว่ากลางคืน ถ้าเรานอนไม่ เต็มที่ พอตอนตื่นขึ้นมาเราก็จะเพลีย อยู่เหมือนคนไม่มีแรง ต้องนอนให้เต็มที่เลย บางทีนอนตอน

หัวค่ำเลย สักที 8 กว่าๆ หรือที 9 แต่ว่าให้คนใช้นอนก่อนนะ เพราะว่าพอเขากินยาตอนหัวค่ำแล้ว สักพักเขาก็จะหลับ เราก็ต้องรีบหลับด้วย พอตื่นเช้าขึ้นมาได้สดชื่น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 11 เพศหญิง อายุ 28 ปี)

2.3 ยืดเส้นยืดสาย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 7.1) มีการยืดเส้นยืดสายเป็นการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ใช้เวลาในการจัดการ 30 นาที-1 ชั่วโมง ที่บริเวณข้างเตียงผู้ป่วย หรือนอกห้องผู้ป่วยแต่ยังอยู่ในเขตโรงพยาบาล การยืดเส้นยืดสายที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1) เปลี่ยนอิริยาบถ และ 2) ออกกำลังกาย ดังนี้

เปลี่ยนอิริยาบถ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 12 ราย (ร้อยละ 80.0) มีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยการลุกขยับตัว เปลี่ยนท่าทาง เนื่องจากการเฝ้าดูแลผู้ป่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการเหนื่อยล้า ปวดเมื่อยร่างกาย กลุ่มตัวอย่างจึงมีการจัดการเพื่อเป็นการยืดเส้น ยืดสาย ช่วยจัดการอาการปวดเมื่อย หรือในกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน และคิดอะไรไม่ค่อยออก มึน ๆ และตื้อ ๆ การเปลี่ยนกริยาท่าทาง ช่วยให้ศีรษะได้ผ่อนคลายขึ้น ดังคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...ไม่ได้ทำอะไรมาก แค่ลุกขึ้นยืนบิดตัวข้าง ๆ เพียงคนไข้ตรงนั้นเลย เหมือนเราเอาตัวขี้เกียจออกไป บิดสัก 4-5 ที ซ้ายที ขวาที ก็ค่อยยังชั่วขึ้น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 35 เพศหญิง อายุ 42 ปี)

ออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 20.0) มีการจัดการโดยมีการออกกำลังกาย การออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิค ที่ทางโรงพยาบาลได้จัดขึ้น ช่วยทำให้สมองปลอดโปร่งขึ้น มีกระบวนการคิดดีขึ้น สามารถจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ ดังคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...ไปออกกำลังกายข้างล่าง เขาเปิดเพลงให้เดิน นี่ก็ทำมาได้ 3-4 วันแล้ว ไปเดินกับเขาเออ พอทำแล้วรู้สึกกระปรี้กระเปร่าขึ้น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 17 เพศหญิง อายุ 48 ปี)

2.4 ทำตัวให้สดชื่น

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 ราย (ร้อยละ 6.8) มีการทำให้ร่างกายสดชื่นเป็นการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น การที่ร่างกายรู้สึกสดชื่น ทำให้ร่างกายกลับมีแรงและพลังมากขึ้น ทำให้อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นหายไป โดยใช้เวลาในการจัดการ 15-30 นาที ที่บริเวณห้องน้ำหอผู้ป่วย ซึ่งการทำตัวให้สดชื่นขึ้นที่กลุ่มตัวอย่างใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ได้แก่ การอาบน้ำหรือ ล้างหน้า-ล้างตา ดังคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...อาบน้ำเรียกความสดชื่นให้กลับมาเลย พอเรารู้สึกว่าร่างกายเราไม่ไหว มันรู้สึกเปลี่ย ก็ไปอาบน้ำ เพราะว่าพอถูกน้ำแล้วมันรู้สึกสดชื่น ออกมาทาแป้งเย็นๆ เข้าไปอีก แค่นี้ก็รู้สึกสดชื่น ขึ้น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 14 เพศชาย อายุ 67 ปี)

2.5 สร้างกำลังใจ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย (ร้อยละ 2.4) มีการสร้างกำลังใจช่วยในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยมักทำในช่วงตอนเที่ยง โดยใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมงที่บริเวณข้างเตียงของผู้ป่วย หรือบริเวณหน้าหอผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้เหตุผลว่าเมื่อใช้การจัดการดังกล่าวแล้ว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสบายใจมากขึ้น การสร้างกำลังใจ ได้แก่ 1) ดูแลการผู้ป่วยเตียงอื่น 2) ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ 3) นึกถึงบุตร และ 4) สวดมนต์ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ดูแลการผู้ป่วยเตียงอื่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 40.0) ได้ให้เหตุผลในการใช้การจัดการอาการเหนื่อยล้า โดยการที่พยายามมองดูแลการเตียงอื่นที่ดีกว่าเตียงของตนเอง ทำให้ตนเองรู้สึกสบายใจ มีความหวังมากขึ้น คิดว่าผู้ป่วยที่ตนเองดูแลจะมีอาการดีขึ้น เกิดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้อาการเหนื่อยล้าและไม่มีแรงหายไป หรือในกลุ่มตัวอย่างที่รู้สึกวิตกกังวล เครียดกับอาการของผู้ป่วยที่ไม่ดีขึ้น การมองเตียงอื่นที่มีอาการดีขึ้นหรือใกล้จะได้กลับบ้าน หรือแม้แต่เตียงอื่นที่มีอาการรุนแรงมากกว่าเตียงของตน แต่ญาติที่ให้การดูแลยังมีกำลังใจในการดูแล ผู้ป่วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีกำลังใจในการต่อสู้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...เดินไปดูเตียงโน้น เตียงนี้บ้าง ว่าเออบางทีลูกเขาเป็นหนักกว่าลูกเราหลว แต่เขายังยิ้มสู้ได้ แบบนี้มันก็เหมือนกันทำให้เรามีกำลังใจมากขึ้น อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับเราแล้วทำให้เราเครียด กังวล ก็ดีขึ้น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 53 เพศหญิง อายุ 41 ปี)

ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 20.0) ใช้ศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวของจิตใจ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมุสลิมได้ให้เหตุผลว่า ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ถือว่าเป็นการทดสอบความอดทนที่พระเจ้าได้ประทานให้ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างต้องยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่ชาวมุสลิมพึงปฏิบัติ คือ การขอพรจากพระเจ้า เพื่อให้รู้สึกสบายใจขึ้น พระเจ้าได้มีการช่วยเหลือให้ปัญหาหมดไป การขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้อาการเหนื่อยล้าที่มีลักษณะทางใจลดลงได้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...ไหว้พระแถวข้างล่างโรงพยาบาล เอาดอกไม้ ฐูปเทียนไปไหว้พระว่าขอให้คนไข้ได้ออกจากโรงพยาบาลเร็วๆ ขอให้เขาหาย เราได้กลับไปอยู่บ้านสักที มันทำให้เราบายใจขึ้น มีกำลังใจ...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 26 เพศหญิง อายุ 43 ปี)

นิกถึงบุตร กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 20.0) ได้มีการนิกถึงบุตร เมื่อตนเอง รู้สึกหมดแรง หรือเหนื่อย เนื่องจากบุตรเปรียบเสมือนกำลังใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงและกำลังใจ ในการดูแลผู้ป่วย ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...จะนิกถึงแต่หน้าลูก เพราะมันเป็นเหมือนกำลังใจของเรา เป็นเหมือนน้ำที่คอยช่วยชะ โลมให้เรา รู้สึกดีขึ้น สดชื่นขึ้น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 36 เพศหญิง อายุ 37 ปี)

สวดมนต์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 20.0) ที่นับถือศาสนาพุทธ จะใช้หลัก ธรรมะ หรือหลักศาสนา มาช่วยในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยให้เหตุผลว่า ศาสนาเป็น ที่ยึดเหนี่ยวของจิตใจ ทำให้จิตใจมีความสงบ มีแรงกำลังมากขึ้น ดังคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างที่ ว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 ราย มีการสวดมนต์ก่อนนอนเพื่อช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้มีสมาธิในการ คิดมากขึ้น มีการแก้ปัญหาหรือการคิดอย่างมีสติขึ้น

2.6 นวด

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.9) มีการใช้การนวด หรือการบีบบริเวณร่างกาย เป็นการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหนื่อย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อย บริเวณร่างกาย เช่น ปวดเอว ปวดหลัง เป็นต้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างใช้การนวด เพื่อกระตุ้นการ ไหลเวียนโลหิต ช่วยคลายเส้นประสาท ทำให้มีแรงมากขึ้น ช่วยผ่อนคลายความรู้สึก โดย กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ไม่แน่นอน จะปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ หรือเริ่มรู้สึกผิดปกติ ใช้เวลาในการ จัดการไม่เกิน 30 นาที ที่บริเวณข้างเตียงของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการ ทำให้อาการ เหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น หรือหายไป ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...เข็ดเมื่อยไปหมด เหมือนเส้นแข็ง ก็บีบๆ นวดๆ ทำเองด้วยตัวเองแหละ เพราะไม่รู้จะ ให้ใครช่วย เกรงใจเขา นั่งบีบๆ แขน ขา ทูบๆ มัน สักพัก มันช่วยให้เส้นได้คลาย หายปวดเมื่อยได้”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 87 เพศหญิง อายุ 42 ปี)

2.7 กินมากขึ้น

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.9) มีการกินให้มากขึ้นเพื่อเป็นการจัดการอาการ เหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น การรับประทานอาหารให้มากขึ้น โดยเฉพาะอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อเป็นการ ช่วยเพิ่มพลังงานให้ร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น เพราะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างมีร่างกายอ่อนแอลง จากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารน้อยลง หรือจากการเจ็บป่วยขณะให้การดูแล เป็นต้น ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงใช้วิธีการรับประทานอาหารให้ มากขึ้นเข้ามาจัดการอาการเหนื่อยล้า โดยกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ไม่แน่นอน จะปฏิบัติเมื่อเกิด อาการ หรือเริ่มรู้สึกผิดปกติ ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ที่บริเวณข้างเตียงของผู้ป่วย หรือบริเวณหน้า

โรงพยาบาล ผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการ ทำให้อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น หรือหายไป ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...ส่วนมากที่ทำ ก็พยายามหาของกินมาเสริม โดยเฉพาะของที่มีประโยชน์ เหมือนพวกของบำรุง พวกนม พวกเบรน มันช่วยให้เราได้เพิ่มพลัง...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 14 เพศชาย อายุ 67 ปี)

เมื่อสอบถามเพิ่มเติมถึงช่วงเวลา ระยะเวลา สถานที่ที่ใช้ในการจัดการโดยรวม (ภาคผนวก ค) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ช่วงเวลาที่ไม่ว่างนอน มีการเลือกปฏิบัติตามสถานการณ์/อาการที่เกิด (ร้อยละ 53.3) ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ระยะเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 63.4) สถานที่ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการใช้การจัดการอาการเหนื่อยล้าภายในโรงพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 59.2) คือ มีการจัดการที่บริเวณข้างเตียงของผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกการจัดการดังกล่าว โดยเป็นการจัดการที่สามารถทำได้ภายในโรงพยาบาล ขณะดูแลผู้ป่วยมากกว่า เพราะกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถละทิ้งผู้ป่วยได้

2. ปัจจัย/สิ่งที่ช่วยส่งเสริมการจัดการอาการเหนื่อยล้าให้ดีขึ้น

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงปัจจัย/สิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้การจัดการอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12

แสดงจำนวน และร้อยละของปัจจัย/สิ่งที่ช่วยส่งเสริมการจัดการอาการเหนื่อยล้าให้ดีขึ้น (n=81)

ปัจจัย/สิ่งที่ช่วยส่งเสริมการจัดการอาการเหนื่อยล้า	จำนวน	ร้อยละ
1. แรงจูงใจ	54	66.7
2. สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	9	11.1
3. ครอบครัวและเพื่อน	9	11.1
4. มีร่างกายที่ดี	7	8.6
5. มีความเชื่อมั่น/ศรัทธาในหลักคำสอน	1	1.2
6. ใช้ยา	1	1.2

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัย/สิ่งที่จะช่วยส่งเสริมการจัดการอาการเหนื่อยล้าให้ดีขึ้น คือ 1) แรงจูงใจ 2) สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 3) ครอบครัวและเพื่อน 4) มีร่างกายที่ดี 5) มีความเชื่อมั่น/ศรัทธาในหลักคำสอน และ 6) ไข้ยา ดังนี้

1. แรงจูงใจ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 66.7) ได้มีแรงจูงใจ เป็นปัจจัย/สิ่งที่จะช่วยส่งเสริมการจัดการอาการเหนื่อยล้าให้ดีขึ้น คือ การที่อาการผู้ป่วยดีขึ้น และคิดว่าตนเป็นที่พึ่งของครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 ราย (ร้อยละ 66.7) หลังจากให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาหลายวัน พบว่าผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น อีกไม่กี่วันสามารถกลับบ้านได้ กลุ่มตัวอย่างจึงมีกำลังใจและแรงจูงใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง รู้สึกว่าได้ให้การดูแลผู้ป่วยแล้วประสบความสำเร็จ ไม่เสียเวลาและไม่เสียแรงในการดูแล นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 33.3) มีแรงจูงใจ โดยคิดว่าตนเป็นที่พึ่งของครอบครัว จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนผู้ป่วย และรับภาระในครอบครัวมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงต้องเข้มแข็ง เพื่อเข้ามารับบทบาทใหม่ คือการเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อมีอาการหรือปัญหาเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงต้องพยายามเข้มแข็ง เพื่อเป็นการสร้างกำลังใจให้ตนเองและครอบครัว สามารถช่วยจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...ต้องสู้ต่อไป เราจะมาท้อแท้ มาเหนื่อยตอนนี้ไม่ได้ สิ่งที่ได้ในตอนนี้ คือ คือ การที่ตนเองต้องเข้มแข็งขึ้น ต้องอดทน เป็นกำลังใจของตัวเอง เพราะตอนนี้เรามีหน้าที่หลายอย่างที่ต้องรับผิดชอบ ถ้าเราล้มแต่ท้อแท้ โทษโน่นโทษนี่อยู่ ครอบครัวเราจะลำบาก...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 117 เพศหญิง อายุ 28 ปี)

2. สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 11.1) ที่ต้องคอยเฝ้าดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ประกอบกับการเฝ้าดูแลผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วยมีสภาพแวดล้อมที่เสียงดัง ทำให้ผู้ดูแลมีการพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ ดังนั้นการที่อยู่ในสถานที่เงียบสงบ หรืออากาศถ่ายเทสะดวก จึงสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการพักผ่อนได้เต็มที่มากขึ้น เป็นการช่วยจัดการอาการเหนื่อยล้าให้ดีขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...ถ้าได้นอนในที่เงียบ ๆ ก็ดีขึ้นมากเลย เพราะทำให้เราได้พักผ่อนเต็มที่ แต่ว่าตึกนี้บางที่มันก็เสียงดัง บางทีเขาก็รับคนไข้ใหม่เข้ามา เราก็ต้องตื่น เพราะบางที่เสียงมันดัง ก็เลยคิดว่าถ้าได้นอนในที่เงียบ ๆ ก็จะทำให้เราได้นอนมากขึ้น อาการเหนื่อยล้าที่เราเป็นอยู่ก็จะดีขึ้น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 24 เพศหญิง อายุ 49 ปี)

3. ครอบครัวและเพื่อน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 ราย (ร้อยละ 11.1) มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีเพื่อนไว้คอยระบายความรู้สึก หรือมีบุตรคอยให้กำลังใจ เป็นปัจจัย/สิ่งส่งเสริมให้การจัดการอาการเหนื่อยล้าดีขึ้น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน เป็นการช่วยเหลือการจัดการอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างได้ดีขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้เหตุผลว่าเป็นการช่วยให้มีกำลังใจ หรือเป็นการช่วยให้ผ่อนคลายอารมณ์ได้มากขึ้น รวมถึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น เป็นแรงใจให้เกิดการดูแล ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“...ได้พูดคุยกับญาติเพียงอื่น ช่วยได้มากเลย เพราะบางคนเขาอยู่มานานกว่าเรา เขาเคยผ่านแบบนี้มา เวลาได้พูดกันเราก็มีความรู้มากขึ้น บางทีก็มีความหวังว่าเดี๋ยวของเราที่จะมีอาการดีขึ้น ใกล้กลับบ้านเหมือนเตียงเขา...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 4 เพศหญิง อายุ 34 ปี)

นอกจากนี้ การมีบุตรเป็นกำลังใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจมากขึ้น สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาการ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“พยายามคิดถึงลูกให้มาก ๆ ได้กำลังใจจากลูกนี่แหละที่ดีที่สุด สามารถช่วยเราได้ เพราะถ้าเราคิดถึงลูก จะทำให้เรามีกำลังใจในการต่อสู้มากขึ้น คิดว่ากำลังใจนี่แหละที่ทำให้เราต่อสู้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเราได้เป็นอย่างดี”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 9 เพศหญิง อายุ 39 ปี)

4. มีแรงกายที่ดี

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 8.6) ได้มีแรงกายเป็นปัจจัย/สิ่งส่งเสริมให้การจัดการอาการเหนื่อยล้าดีขึ้น ซึ่งได้แก่ การนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น และมีร่างกายแข็งแรงตลอดจากการศึกษา พบว่า การนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น ช่วยให้อาการเหนื่อยล้าดีขึ้น สามารถเพิ่มพลังงานให้แก่ร่างกาย ทำให้อาการเหนื่อยล้าดีขึ้น/บรรเทา นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 28.6) ที่มีโรคประจำตัว หรือกลุ่มตัวอย่างที่มีร่างกายไม่แข็งแรงเนื่องจากมีอายุที่มาก ได้ให้เหตุผลว่า การที่ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สามารถเป็นปัจจัย/สิ่งส่งเสริมให้การจัดการอาการเหนื่อยล้าดีขึ้น ดังคำบอกเล่าที่ว่า

“คิดว่าการที่อาการของลูกดีขึ้น และการที่ร่างกายของตนเองแข็งแรงขึ้น เพราะคิดว่าอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นกับตนบ่อย เพราะรู้สึกว่าตนเองอ่อนแอ ไม่สบายบ่อย เดียวใช้ ๆ ถ้าร่างกายของตนเองแข็งแรงดีแบบตอนอยู่ที่บ้าน อาการนี้ก็คงจะไม่เกิดขึ้น”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 45 เพศหญิง อายุ 46 ปี)

5. มีความเชื่อมั่น/ศรัทธาในหลักคำสอน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.2) ได้มีความเชื่อมั่น/ศรัทธา เป็นปัจจัย/สิ่งส่งเสริมให้การจัดการอาการเหนื่อยล้าดีขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้เหตุผลว่า การเจ็บป่วย หรืออาการที่เกิดขึ้นในตนเองนั้นเป็นอาการที่พระเจ้าประทานมาให้ ไม่สามารถที่จะเลี่ยงได้ และหลักคำสอนของศาสนา คือ การศรัทธาในพระเจ้า ดังคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า

“...การที่เรานึกถึงพระเจ้าอย่างเดี่ยวเลย ว่าวันนี้เราทำดีที่สุดแล้ว พยายามถึงที่สุดแล้ว แล้วเดี่ยวพระเจ้านั้นจะช่วยเราเองให้พ้นจากทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 61 เพศหญิง อายุ 38 ปี)

6. ใช้จ่าย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.2) มีการใช้จ่าย คือ ยาคลายเครียดเป็นปัจจัย/สิ่งส่งเสริมให้การจัดการอาการเหนื่อยล้าดีขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้เหตุผลว่า การที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียดขึ้น ทำให้มีอาการเหนื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ต้องใช้ยาคลายเครียด ร่วมกับวิธีการจัดการอื่น ๆ จึงจะสามารถช่วยให้อาการเหนื่อยล้าดีขึ้น ดังคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“...กินยาอย่างเดี่ยวเลยที่ช่วยเสริมได้ เพราะอย่างอื่นก็ทำแล้ว แต่ก็ไม่ค่อยดีขึ้น ยังไม่หาย แต่ถ้ากินยาพวกคลายเครียดเข้าไปด้วย จะทำให้อาการเหนื่อย อารมณ์ของเราหายไปเลย นอนก็นอนได้มากขึ้นด้วย...”

(กลุ่มตัวอย่างรายที่ 10 เพศหญิง อายุ 44 ปี)

การอภิปรายผล

การศึกษาอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างเดือนธันวาคม 2547 – กุมภาพันธ์ 2548 จำนวน 120 ราย จากผลการศึกษาผู้วิจัยได้อภิปรายผล ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี และ 41-50 ปี (อย่างละร้อยละ 30.0) มีสถานสมรสคู่ (ร้อยละ 83.3) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถม

ศึกษา (ร้อยละ 65.8) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 37.5) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-7,000 บาท (ร้อยละ 39.2) โดยกลุ่มตัวอย่างมีบุตร/หลานที่ต้องดูแล (ร้อยละ 53.3) มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะเป็นมารดา หรือ ภรรยา (อย่างละ ร้อยละ 30) ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ดูแลหลักมักเกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกับผู้ป่วย เนื่องจากลักษณะสังคม และวัฒนธรรมไทยที่กำหนดบทบาทของผู้หญิงเปรียบเสมือนผู้ที่ต้องรับหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย รวมถึงการมีหน้าที่ในการดูแลและเอาใจใส่สามี ทั้งในยามปกติ และเจ็บป่วย (ขวัญตา และคณะ, 2546; ฟาริดา, 2539; สายพิณ, 2536; สุทธิชัย, 2547) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการประเมินสุขภาพของตนเองว่าไม่แข็งแรง (ร้อยละ 68.3) โดยกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 3-7 วัน (ร้อยละ 63.3) จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน 19-24 ชั่วโมง (ร้อยละ 80) เนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.2 อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ผู้ป่วยจึงอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย หรือสับสน ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมด และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา (ประณีต และคณะ, 2543) ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงต้องเฝ้าไข้ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องทุ่มเทแรงกายในการดูแลผู้ป่วย จนสุขภาพทรุดโทรม มีปัญหาด้านสุขภาพ (ดาวิกา, 2542; วิมลรัตน์, 2538; ฟาริดา, 2539; ยุพดี, 2544; สายพิณ, 2536) ดังนั้นผู้ดูแลจึงมักมีสุขภาพไม่แข็งแรง (จารึก, 2545; สุตศิริ, 2541) และผลจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มาก่อน (ร้อยละ 85) และไม่เคยได้รับการอบรม/ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 75) ดังนั้นการขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล จึงถือเป็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดมากกว่าปกติ และมีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสาเหตุดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสุขภาพของตนเองไม่แข็งแรง

ลักษณะของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลในโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 94.2) มีอายุอยู่ในช่วง 15-25 ปี (ร้อยละ 34.2) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การบาดเจ็บศีรษะมักพบในกลุ่มอายุ 15-24 ปี (กองสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2546; Hudak et al., 1998) หรืออาจเรียกว่าเป็นประชากรวัยเจริญพันธุ์ของประเทศ (สงวนสิน, 2546) โดยบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุนี้นับเป็นวัยรุ่นมักซบเซาหรือฉุนเฉียวด้วยความประมาท และคึกคะนอง ทำให้ประสบอุบัติเหตุได้ง่าย (จิรนาถ, 2547) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระดับความรุนแรงแรกพบ อยู่ในระดับรุนแรงเล็กน้อย (ร้อยละ 38.3) ทำให้ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในปัจจุบัน พบว่า มีระดับรุนแรงเล็กน้อย (ร้อยละ 50.0) ไม่มีความพิการ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เมื่อบุคคลได้รับการบาดเจ็บศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะรุนแรงเพียงไรขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสาเหตุการได้รับ

บาดเจ็บ ตำแหน่ง และระยะเวลาของการได้รับบาดเจ็บ (นครชัย, 2541; Barker & Blank-Rein, 2002; Hickey, 2003) ซึ่งในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรง เล็กน้อย จะไม่พบความพิการใด ๆ (จาตุรงค์ และนครชัย, 2542; Bandolier, 2004) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 3-7 วัน (ร้อยละ 65.0) โดยผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลบางรายต้องมีการใช้อุปกรณ์พิเศษ (ร้อยละ 45.8) เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือสายยางให้อาหาร เป็นต้น

ระดับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

การศึกษาคั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 6) ซึ่งจากการที่กลุ่มตัวอย่างประเมินอาการเหนื่อยล้าของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยตรง เป็นสมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วย (ร้อยละ 30) ซึ่งจากการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ด้วยความรักและความผูกพัน จึงส่งผลให้มีความสนใจ เอาใจใส่ มีกำลังใจ แรงจูงใจ และเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย (กัญญารัตน์, 2539; จอม, 2541; ดาริกา, 2542)

นอกจากนี้จากการที่กลุ่มผู้ป่วยมีระดับความพิการเล็กน้อย (GCS = 14-15 คะแนน) (ร้อยละ 50.0) มีกำลังแขน ขาปกติ (ร้อยละ 58.3) ไม่มีการใช้อุปกรณ์พิเศษ (ร้อยละ 54.2) สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ซึ่งระดับความพิการ หรือความบกพร่องของผู้ป่วย มีผลต่ออาการเหนื่อยล้าในการดูแล ดังการศึกษาที่พบว่า ระดับความพิการของผู้ป่วยจะเป็นตัวบ่งบอกถึงลักษณะงาน ปริมาณงาน และความต้องการการดูแลจากตัวผู้ดูแล (กัญญารัตน์, 2539; ดาริกา, 2542; นันทพร, 2545; ยุพดี, 2544; ศิริพันธุ์ และพูลสุข, 2546) ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ยังมีเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพให้การดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์การดูแลว่าไม่รุนแรง หรือคุกคาม (ดาริกา, 2542) อย่างไรก็ตามการบาดเจ็บศีรษะถือว่าการบาดเจ็บที่อันตราย ดังการศึกษาที่พบว่า การบาดเจ็บศีรษะถือว่าการบาดเจ็บภาวะวิกฤติของครอบครัว (นิภาวรรณ และจันทร์พร, 2541) ประกอบกับการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวลในอาการของผู้ป่วย (นิภาวรรณ และจันทร์พร, 2541; สมพันธ์, 2541) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเกือบ 24 ชั่วโมง (ตาราง 1) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นในการดูแล (Mok et al., 2003)

จากผลการศึกษาในคั้งนี้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านความรู้สึกที่ประเมินอยู่ในระดับมาก (ตาราง 6) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ตนเองรู้สึกอ่อนแอ ง่วงซึม เหนื่อย และรู้สึกว่าตนเองหมดพลังเป็นอย่างมาก เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ข้อที่

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมากที่สุด คือ สดชื่น/เหนื่อย (ตาราง 7) เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ามารับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างได้ประเมินการบาดเจ็บของผู้ป่วยว่าอันตราย ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ด้วยความเป็นห่วงกลัวว่าจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย นอกจากนั้นยังพบว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะให้การดูแลผู้ป่วยระดับรุนแรงเล็กน้อย ถึงปานกลาง เป็นส่วนมาก แต่ผู้ป่วยยังมีปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น เอะอะไว้วาย เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด แบบแผนการนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหนื่อยในการดูแลผู้ป่วย ในด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด เนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะเป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกะทันหัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการเตรียมตัวเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนแปลงไป บางรายต้องรับบทบาทหลายหน้าที่ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีการประเมินระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้ามากที่สุด ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการที่เกิดขึ้น เป็นสิ่งที่ไม่สนุกสนาน และเป็นสิ่งที่ทำลายมากที่สุด และเมื่อวิเคราะห์ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างซึมเศร้า และตึงเครียดมากที่สุด เนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาานาน และจากรอยโรคที่ยังเหลืออยู่ ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการ บ้างมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเครียด และวิตกกังวลในอาการของผู้ป่วย (ชญาณิช, 2541; Brain Injury Association of America, 2004; Hickey, 2003) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินว่ามีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า (ตาราง 9) เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยบริเวณร่างกาย เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าจะสนใจตนเอง จึงเกิดปัญหาสุขภาพตามมา อันเป็นสาเหตุให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลจะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ความแข็งแรงของร่างกายลดลง ร่างกายทรุดโทรม ปวดเมื่อยบริเวณร่างกาย พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารได้น้อย เป็นต้น (จินตนา, 2540; ฟาริดา, 2539; นันทพร, 2545; สุตศิริ, 2541) ซึ่งในผู้ดูแลที่ประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีการเจ็บป่วยในระหว่างการดูแล จะทำให้ผู้ดูแลมีความอดทน และความสามารภในการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยไม่รู้สึกเครียด หรือเหนื่อยล้ามากนัก (นันทพร, 2545) แต่ถ้าผู้ดูแลมีสุขภาพร่างกาย หรือสุขภาพจิตในขณะนั้น เช่น ผู้ดูแลมีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วย มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้ายจะมีการเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ไม่ดี

เท่ากับผู้ที่มิใช่สุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ (ฟาริดา, 2539) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย (DHS, 2003; Matthis, 1991; Piper, 1993)

ดังนั้นจากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจึงมีการประเมินอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง แต่รายด้านความรู้สึกอยู่ในระดับมาก แต่จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ไม่พบว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในปัจจุบัน และการใช้อุปกรณ์พิเศษของผู้ป่วย (ดังภาคผนวก ค ตาราง 16)

ลักษณะอาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะอาการเหนื่อยล้า โดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้อธิบายลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความหมายของอาการเหนื่อยล้า ว่าเป็นลักษณะอาการที่หมดแรงมากที่สุด (ร้อยละ 45.8) โดยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหนื่อย เพลีย ไม่มีแรง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา มาเป็นระยะเวลาที่มากกว่า 3 วัน ประกอบกับกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยมีหลายอย่าง รวมถึงต้องคอยเฝ้าระวังผู้ป่วยในการดื่มน้ำต่าง ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยเป็นอย่างมาก ไม่มีแรง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เมื่อบุคคลมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้น บุคคลจะรับรู้ได้ด้วยตัวเอง โดยเป็นความรู้สึกที่เหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมากอย่างไม่มีที่สิ้นสุด มีความอ่อนแรงทั่วไปทั้งร่างกายและจิตใจ รู้สึกหมดแรง หรือหมดกำลัง ส่งผลให้รบกวนความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติ (วัชรภรณ์, 2545; สมคิด, 2539; Piper, 2003; Piper et al, 1998; Ream & Richardson, 1996)

รองลงมา กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 40.0) ได้อธิบายการลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ว่าเป็นอาการที่คิดอะไรไม่ออก โดยพบในกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาานาน และผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลยังมีความบกพร่องด้านพฤติกรรม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องคอยเฝ้าดูผู้ป่วยทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน กลุ่มตัวอย่างจึงมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่กระบวนกรคิดลดลง ปวดศีรษะ ตื้อ ๆ มึนงง ซึ่งการที่ร่างกายเกิดอาการเหนื่อยล้าเป็นระยะเวลาานานจะมีการนำเอาพลังงานที่สะสมมาใช้ ทำให้บุคคลมีอาการปวดศีรษะ (Piper, 1986) และนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีลักษณะของอาการเหนื่อยล้าว่าเป็น

อาการที่รู้สึกไม่สบายใจ (ร้อยละ 14.5) โดยกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า เป็นอาการที่รู้สึกสิ้นหวัง เครียด หงุดหงิด วิตกกังวลในอาการของผู้ป่วย หรือจากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน แต่อาการของผู้ป่วยยังคงไม่ดีขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกว่าให้การดูแลได้ไม่ดี ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีการรับรู้ว่าการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่ไม่สบายใจเป็นอย่างมาก

จากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าลักษณะอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้และระดับความรุนแรงของอาการ โดยเป็นอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้วยตนเอง เนื่องจากอาการเหนื่อยล้าเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย จิตใจ รวมถึงด้านสติปัญญา ความคิด และอารมณ์ ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ว่าการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นว่าส่งผลในทางลบ ทำให้บุคคลมีการแสดงออกได้ทั้งด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ด้านความคิดเห็น/เจตคติ ด้านความรู้สึก และด้านสติปัญญา/อารมณ์ เช่น ทำให้บุคคลรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย สูญเสียความคิด ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง หรือเป็นการที่บุคคลมีการรับรู้ว่าเป็นอาการที่แสดงถึงการที่สุขภาพเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ เป็นการรับรู้ถึงความไม่สนุกสนาน ไม่พอใจ เป็นสิ่งที่ทำลาย และเป็นสิ่งที่ไม่ดี เป็นต้น (Piper, 1986; 2003; Piper et al, 1998)

การจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

การจัดการอาการเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการจัดการเพื่อให้สามารถบรรเทาหรือหาย หรือชะลออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ซึ่งการจัดการอาจใช้ระยะเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงวิธีต่าง ๆ หรือต้องทำบ่อย ๆ เพื่อให้ได้ผลตรงกับความต้องการ หรือเกิดความพึงพอใจในวิธีการนั้น ๆ ซึ่งการจัดการที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาจมีการจัดการเพียงวิธีเดียวหรือมากกว่า 1 วิธี เพื่อให้ได้ผลการจัดการที่พึงพอใจมากที่สุด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การจัดการ/วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า และปัจจัย/สิ่งที่ช่วยส่งเสริมการจัดการอาการเหนื่อยล้า โดยผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายในแต่ละกิจกรรมที่เป็นลักษณะเด่น ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2 วิธี คือ การจัดการโดยการใช้ยา และการจัดการโดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ 1) ผ่อนคลาย อารมณ์ 2) นอนหลับพักผ่อน 3) ยืดเส้นยืดสาย 4) ทำตัวให้สดชื่น 5) สร้างกำลังใจ 6) นวด และ 7) กินมากขึ้น ดังรายละเอียด ดังนี้

การจัดการโดยใช้ยา

กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการโดยการใช้ยา จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 13.3) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาจัดการอาการเหนื่อยล้าเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการโดยการใช้ยาดังกล่าว เป็นการจัดการในกลุ่มตัวอย่างที่ให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา นานมากกว่า 28 วัน และกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีอาการเหนื่อยล้ามาเป็นระยะเวลา นานเป็นเดือน และไม่สามารถจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ กลุ่มตัวอย่างจึงมีการจัดการโดยการใช้ยาเข้ามา ร่วมกับการจัดการด้วยวิธีอื่น ๆ ซึ่งยาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ คือ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดหัว ยาคลายเครียด และยาดม เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนการนอนหลับพักผ่อน ที่เปลี่ยนแปลงไป หรือจากการที่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง กลุ่มตัวอย่างจึงมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยการใช้ยา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใช้แล้วเห็นผลมากที่สุด ใช้เวลาในการจัดการได้ทันที สามารถช่วยบรรเทา อาการได้ดีขึ้น (พรจันทร์, 2541; ระพีพรรณ, 2542)

การจัดการโดยไม่ใช้ยา

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยามากที่สุด ร้อยละ 86.7 เนื่องจากการจัดการที่สามารถดูแลผู้ป่วยด้วย และทำเมื่อผู้ป่วยหลับ หรือว่างเว้นจากกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการโดยใช้เวลาจัดการ ไม่นาน (ภาคผนวก ค ตาราง 14) โดยการจัดการโดยไม่ใช้ยาที่กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ ได้แก่ 1) ผ่อนคลายอารมณ์ (ร้อยละ 45.7) เช่น พูดคุยกับบุคคลอื่น อ่านหนังสือ/ฟังเพลง/ดูทีวี เป็นต้น เนื่องจาก การผ่อนคลายอารมณ์เป็นวิธีการที่มุ่งเน้นให้สนใจในเรื่องอื่นที่น่าสนใจมากกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รวมถึงเป็นวิธีการผ่อนคลาย ที่ช่วยการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น หรือเมื่อเกิดความไม่สบายใจ ซึ่งการจัดการดังกล่าวทำให้มีอาการเหนื่อยล้าดีขึ้น หรือหายเป็นปกติ (สุวิชญ์, 2541; อภริดี, 2547) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการที่บริเวณข้างเตียงของผู้ป่วย หรือบริเวณหอผู้ป่วย และทำในช่วงเวลาที่ว่างเว้นจากการดูแลผู้ป่วย คือ ในเวลาตอนเที่ยง มากที่สุด ใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง เนื่องจากต้องคอยดูแลผู้ป่วยด้วย ซึ่งเมื่อกกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการดังกล่าว ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสบายใจมากขึ้น

การนอนหลับพักผ่อน เป็นวิธีที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 36.2 ใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีการนอนหลับ ที่บริเวณหน้าหอผู้ป่วย หรือปูเสื่อนอนได้เตียงผู้ป่วย ในเวลาตอนเที่ยง หลังรับประทานอาหาร และทุกครั้งเมื่อมีเวลาว่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้มีการประเมินสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากการที่พักผ่อนไม่เพียงพอ มีแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับเปลี่ยนแปลง จากการที่กลุ่มตัวอย่างต้องคอยเฝ้าดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทั้งในตอนกลางวัน และตอนกลางคืนเป็นระยะเวลา นาน ประกอบกับผู้ดูแลเป็นวิตกกังวล เป็นห่วงในอาการของผู้ป่วย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีการ

พักผ่อนนอนหลับเป็นการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยการพักผ่อนนอนหลับ ถือเป็นรูปแบบการจัดการที่สำคัญอย่างมากเมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า เนื่องจากการนอนหลับที่เพียงพอจะมีความสำคัญต่อร่างกายในการเก็บรักษาและสะสมพลังงาน และนำไปซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (สุดประนอม, 2546; Lee, Portillo & Miramontes, 2001) เมื่อกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการจัดการดังกล่าวแล้ว ทำให้มีแรงมากขึ้น ทำให้อาการเหนื่อยล้าดีขึ้น/หายไป

นอกจากการจัดการกับอาการดังกล่าวข้างต้นแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังมีการจัดการ/วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า คือ ยืดเส้นยืดสาย ร้อยละ 7.1 โดยกลุ่มตัวอย่างได้มีการเปลี่ยนอิริยาบถ เช่น เดินออกมาซื้อของหน้าโรงพยาบาล หรือออกกำลังกาย เช่น เต้นแอโรบิก เนื่องจากการมีกิจกรรม/การออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นการช่วยรักษาพลังงานของร่างกาย เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย โดยทำให้อวัยวะต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อ หัวใจ ปอด ทำงานได้ดีขึ้น และแข็งแรงมากขึ้น ช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้น (วันเพ็ญ, 2540) ดังการศึกษาเรื่องการบำบัดโดยการออกกำลังกายในอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการออกกำลังกายจะมีระดับอาการเหนื่อยล้าลดลง เนื่องจากการช่วยให้กล้ามเนื้อร่างกายทำงานดีขึ้น (Edmonds, Mc Guire & Price, 2004) แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ยังมีการใช้การออกกำลังกายน้อยมาก ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะในเวลาปกติกลุ่มตัวอย่างไม่มีการออกกำลังกาย หรือไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นประจำ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายมีการจัดการโดยสร้างกำลังใจ ร้อยละ 2.4 เช่น ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เนื่องจากการยึดศาสนา นึกถึงสิ่งที่เคารพ ทำกลุ่มตัวอย่างรู้สึกเป็นการสวดภาวนา หรือช่วยให้พระหรือพระเจ้าปกป้องคุ้มครอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงเกิดความสบายใจขึ้น เมื่อมีการจัดการดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า เมื่อบุคคลเกิดความไม่สบายใจ จะยึดพระหรือพระเจ้าเป็นที่พึ่งเมื่อยามทุกข์ใจ หรือเมื่อประสบปัญหาต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดความสงบและความมั่นคงทางจิตใจ (ทิพวรรณ, 2547; ไพลิน, 2540; สุวิชญ์, 2541; อรุณช, 2544)

ในกลุ่มตัวอย่างบางรายได้มีการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยมีการรับประทานมากขึ้น (ร้อยละ 0.9) หรือ นวด (ร้อยละ 0.9) โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้เหตุผลว่า เมื่อตนเองได้รับประทานมากขึ้น ทำให้อาการเหนื่อยล้ามีแรงมากขึ้น และร่างกายมีความแข็งแรงขึ้น ช่วยให้อาการเหนื่อยล้าดีขึ้น/หายไป ช่วยลดอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากอาหารมีความสำคัญต่อกระบวนการเผาผลาญ การสร้างพลังงาน และการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกาย (Hickey, 2003) และเป็นการเพิ่มปริมาณของออกซิเจนในการหล่อเลี้ยงเซลล์ทั่วร่างกาย (มนตรี, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการเหนื่อยล้า พบว่า ผู้ป่วยมีการส่งเสริมการดูแลตนเอง

ให้มากขึ้น โดยมีการรับประทานวิตามิน การรับประทานอาหารเป็นหลัก เพื่อช่วยให้ร่างกายได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ (Corless et al., 2002)

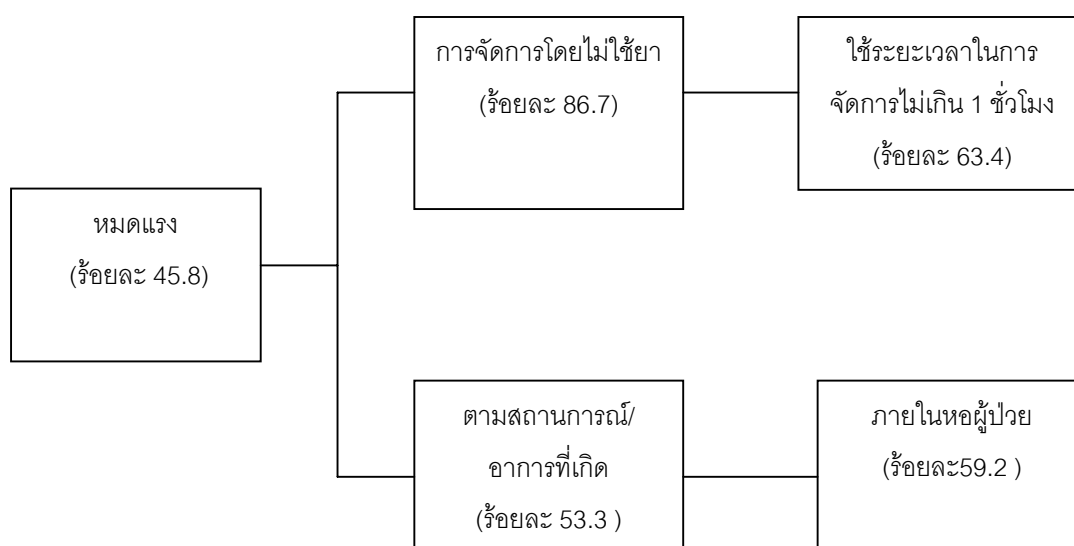
การศึกษาค้างนี้ พบว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกใช้การจัดการดังกล่าว ในช่วงเวลาต่าง ๆ กัน (ภาคผนวก ค ตาราง 13) ไม่แน่นอนขึ้นกับลักษณะอาการเหนื่อยล้า และระดับความรุนแรงของอาการที่ปรากฏ โดยทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้มีการใช้วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่สามารถทำได้ภายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการจัดการที่สามารถทำได้ขณะให้การดูแลผู้ป่วยด้วย เพราะกลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถละทิ้งผู้ป่วยได้ เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เครียดในอาการของผู้ป่วย (นิภาวรรณ และจันทร์พร, 2541) ทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเกือบ 24 ชั่วโมง (ตาราง 5) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องคอยดูแลผู้ป่วยคนเดียวโดยที่ไม่มีบุคคลอื่นมาผลัดเปลี่ยน จึงทำให้ผู้ดูแลไม่กล้าละทิ้งผู้ป่วย กลัวว่าจะเกิดอันตรายกับผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการจัดการดังกล่าว

สำหรับปัจจัย/สิ่งส่งเสริมให้การจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลดีขึ้น (ตาราง 12) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.5 มีปัจจัย/สิ่งส่งเสริมให้การจัดการอาการเหนื่อยล้าของตนเองให้ดีขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.7 มีแรงจูงใจเป็นปัจจัย/สิ่งส่งเสริมให้การจัดการอาการเหนื่อยล้าดีขึ้น ได้แก่ อาการของผู้ป่วยดีขึ้น และคิดว่าตนเป็นที่พึ่งของครอบครัว ซึ่งถ้ากลุ่มตัวอย่างประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยว่าไม่ดีขึ้น หรือกลับแย่ลงกว่าเดิม จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ ในการกระทำกิจกรรม หรือการดูแลต่อไป รวมทั้งทำให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแล และมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น (นันทพร, 2545) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 11.1 ได้มีครอบครัวและเพื่อน เป็นแหล่งแหล่งประโยชน์ ซึ่งเป็นปัจจัย/สิ่งส่งเสริมให้การจัดการอาการเหนื่อยล้าให้ดีขึ้น เช่น มีบุตรคอยให้กำลังใจ หรือมีเพื่อนไว้คอยระบายความรู้สึก คอยปรับทุกข์ เป็นต้น เนื่องจากการที่ผู้ดูแลได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหา และความคิดเห็นกับครอบครัว หรือผู้ดูแลอื่น ๆ ที่ประสบปัญหาเดียวกัน อาจช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจ และสบายใจมากขึ้น สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (ถวิล, ยาใจ, พวงเพ็ญ, และเพ็ญ, 2543 ; สุทธิชัย, 2547)

สรุป

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การจัดการอาการเหนื่อยล้าที่แตกต่างกัน โดยเป็นอาการที่บุคคลมีการรับรู้ด้วยตนเอง ซึ่งเมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นกลุ่มตัวอย่างได้มีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์อาการและประสบการณ์การจัดการ

ตามพื้นฐานความเชื่อของตนเอง ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่กลุ่มตัวอย่างใช้มีหลายวิธี ในการจัดการ และกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการที่ไม่แน่นอน โดยมีการจัดการตามสถานการณ์ที่เกิด หรือเมื่อเริ่มรู้สึกผิดปกติ ใช้เวลาในการจัดการไม่นาน และการจัดการ/วิธีการจัดการดังกล่าวสามารถทำได้ภายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเป็นการจัดการที่สามารถทำได้ขณะให้การดูแลผู้ป่วยด้วย ดังนั้นพยาบาล หรือทีมสุขภาพจึงควรมีการประเมินอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ดูแล รวมถึงมีความเข้าใจในพื้นฐานความเชื่อในแต่ละบุคคลในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งช่วยเป็นการช่วยส่งเสริมบทบาทของผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (ดังภาพ 3)



ภาพ 3

ลักษณะอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่พบมากที่สุดของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ
ศิริระขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล