# บทที่ 2

# วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาอาการเหนื่อยล้า และการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้วิจัยศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดการบาดเจ็บศีรษะ
2. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
3. ผลกระทบจากการบาดเจ็บศีรษะต่อผู้ดูแล
4. อาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
5. การจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
6. ปัจจัยที่มีผลต่ออาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

## *แนวคิดการบาดเจ็บศีรษะ*

การบาดเจ็บศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการที่ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน หรือจากการที่มีบาดแผลบริเวณศีรษะหรือหน้าผาก (นครชัย, 2541) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้คำจำกัดความของการบาดเจ็บศีรษะว่ามี 3 องค์ประกอบ คือ 1) มีประวัติที่แน่นอนว่าศีรษะถูกกระทบ 2) ตรวจพบมีบาดแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก และ 3) มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวแม้เพียงชั่วขณะ (ศิริพจน์, 2546; สงวนสิน, 2546) ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าการบาดเจ็บศีรษะ คือ การที่ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือนจากแรงภายนอก ทำให้มีการบาดเจ็บของหนังศีรษะหรือหน้าผาก ผลจากการกระทบกระเทือนดังกล่าวส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นจะรุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสาเหตุการได้รับบาดเจ็บ ตำแหน่ง และระยะเวลาของการได้รับบาดเจ็บศีรษะ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการที่สมองได้รับความกระทบกระเทือน (traumatic brain injury : TBI) สามารถใช้แทนคำว่า “บาดเจ็บศีรษะได้” (Barker & Blank-Rein, 2002; Brain Injury Association of America, 2004)

สาเหตุของการเกิดการบาดเจ็บศีรษะมีหลายสาเหตุ เช่น การเกิดอุบัติเหตุจราจร ตกจากที่สูง โดนทำร้ายร่างกาย การเล่นกีฬาและนันทนาการ ถูกยิง หรือการได้รับแรงกระแทกอื่น ๆ เป็นต้น

(ศิริพจน์, 2546; Barker & Blank-Rein, 2002) จากรายงานของศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง (2546) พบว่าสาเหตุการบาดเจ็บศีรษะที่พบมากที่สุด คือการได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกซึ่งในกลุ่มนี้เป็นจักรยานยนต์มากที่สุด สอดคล้องกับรายงานของ สาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2543-2545 ที่พบว่า อุบัติเหตุการขนส่งเป็นสาเหตุการบาดเจ็บและการตายมากที่สุด

การบาดเจ็บศีรษะสามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ แบ่งตามลักษณะการเกิดการบาดเจ็บ (pattern of damage) หรือชนิดของการบาดเจ็บ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ การบาดเจ็บชนิดปิด (closed head injury) คือการที่ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุแล้วไม่มีบาดแผลเกิดขึ้นที่หนังศีรษะที่ลึกถึงเนื้อสมอง และการบาดเจ็บชนิดเปิด (open head injury) คือการได้รับการบาดเจ็บโดยมีสาเหตุจากการเกิดอุบัติเหตุจากของมีคม เช่น มีด ขวาน ถูกยิง ถูกแทง ซึ่งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงแตกต่างกันไป ตั้งแต่หนังศีรษะจนถึงเนื้อสมอง (รัชฎา, 2541) และแบ่งตามเวลาการเกิด (time course) คือ การบาดเจ็บปฐมภูมิ (primary brain injury) คือ การบาดเจ็บที่เป็นผลโดยตรงจากแรงที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ เป็นการบาดเจ็บที่หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ หรือเป็นการบาดเจ็บต่อเนื้อสมองทันทีที่เกิดการบาดเจ็บศีรษะ เช่น กะโหลกศีรษะแตกร้าว กะโหลกแตกยุบ สมองช้ำ หรือเนื้อสมองฉีกขาด เป็นต้น และการบาดเจ็บทุติยภูมิ (secondary brain injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นภายหลัง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังจากการบาดเจ็บศีรษะในระยะแรก เช่น การเกิดก้อนเลือด สมองบวม ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง เป็นต้น (จเร, 2541; นครชัย, 2541; ศิริพจน์, 2546; Hudak et al., 1998) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นจะรุนแรงมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของสาเหตุการได้รับบาดเจ็บ ตำแหน่ง และระยะเวลาของการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ (Hickey, 2003)

จากการบาดเจ็บศีรษะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ซึ่งการวัดระดับความรู้สึกตัวหรือระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อการพยากรณ์โรคเป็นอย่างมาก โดยการประเมินจากการใช้แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว์ โคมา สกอร์ เสกว (Glasglow Coma Score Scale ) ซึ่งเป็นแบบการประเมินความรู้สึกตัวที่นิยมใช้กันมาก โดยเป็นการประเมินพฤติกรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (นครชัย, 2541; ศิริพจน์, 2546; Blank-Rein, 2002) คือ

1. ด้านการลืมตา (eye openning) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | |
|---|---|---|
| ลืมตาได้เอง | 4 | คะแนน |
| ลืมตาเมื่อถูกเรียก | 3 | คะแนน |
| ลืมตาเมื่อเจ็บ | 2 | คะแนน |

| | | |
|---|---|---|
| ไม่ลืมตาเลย | 1 | คะแนน |

2. ด้านการเคลื่อนไหว (motor response) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | |
|---|---|---|
| เคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ | 6 | คะแนน |
| ไม่ทำตามคำสั่งแต่สามารถปัดตำแหน่งเจ็บได้ | 5 | คะแนน |
| ชักแขนขาหนีความเจ็บปวด | 4 | คะแนน |
| แขนงอเมื่อเจ็บ | 3 | คะแนน |
| แขนเหยียดเกร็ง | 2 | คะแนน |
| ไม่มีการเคลื่อนไหว | 1 | คะแนน |

3. ด้านการใช้คำพูด (verbal response) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| | | |
|---|---|---|
| พูดคุยได้ไม่สับสน ตอบคำถามได้ถูกต้อง | 5 | คะแนน |
| พูดได้เป็นประโยคแต่สับสน | 4 | คะแนน |
| พูดได้เป็นคำ ๆ | 3 | คะแนน |
| ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด | 2 | คะแนน |
| ไม่ส่งเสียงเลย | 1 | คะแนน |

ซึ่งผลรวมของคะแนนตามพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน สามารถบอกระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะได้ 3 ระดับ (Hoyt, Coimbra & Winchell, 2001; Ingebrigtsen, Romner & Kock-Jensen, 2000) คือ

1. การบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย (minor head injury) คือ ระดับคะแนน 14-15 คะแนน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เอง ทำตามคำสั่งได้ และตอบคำถามได้ถูกต้อง หรือสับสนบ้างบางครั้ง

2. การบาดเจ็บศีรษะปานกลาง (moderate head injury) คือ ระดับคะแนน 9-13 คะแนน ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวลดลงและสับสน จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด สามารถทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามแบบง่ายได้ โดยใช้เวลานานกว่าปกติ หรือบางรายอาจเพียงเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวด หรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด

3. การบาดเจ็บศีรษะรุนแรง (severe head injury) คือ ระดับคะแนน 3-8 คะแนน ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวน้อยมาก หรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด หรือเคลื่อนไหวแขนขาหนี งอ เหยียดในท่าที่ผิดปกติ หรือบางรายไม่มีการเคลื่อนไหวเลย

นอกจากนี้อาจแบ่งระดับความรุนแรงตามเอ ไอ เอส (AIS) ออกเป็น 5 ระดับ คือ (Bandolier, 2004)

AIS 1-2 คือ ผู้ที่ได้รับการบาดเจ็บโดยไม่รู้สึกตัวภายในระยะเวลาอันสั้น หรือมีรอยแตกบริเวณกะโหลกศีรษะ

AIS 3 คือ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บโดยมีกระโหลกศีรษะแตกอย่างสมบูรณ์ หรือสมองช้ำ

AIS 4 คือ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บโดยไม่รู้สึกตัวเป็นระยะเวลานาน หรือมีเลือดออกบริเวณภายในกะโหลกศีรษะ

AIS 5 คือ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บโดยไม่รู้สึกตัวเป็นระยะเวลานานมากกว่า 24 ชั่วโมง หรือมีก้อนเลือดออกภายในสมองอย่างมาก หรือมีรอยโรคอยู่ทั่วสมอง

โดยบองดูลิเออ (Bandolier, 2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลระยะยาวภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นการศึกษาเป็นระยะเวลาภายหลังได้รับบาดเจ็บศีรษะ 5 ปี ผลการศึกษา พบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสามารถฟื้นคืนได้ดี ร้อยละ 98, 97, 88, และ 47 ตามลำดับ AIS และความพิการมักพบตั้งแต่ผู้ป่วย AIS 2-3 แต่จะเป็นรุนแรงมากในผู้ป่วย AIS 4-5 และมีอัตราการเสียชีวิต โดยพบร้อยละ 5, 8, 19, และ 56 ตามลำดับ AIS และจากการศึกษาของจาตุรงค์ และนครชัย (2542) เรื่องบาดเจ็บที่ศีรษะในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์:ยุคปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ ร้อยละ 97 ในผู้ป่วยบาดเจ็บปานกลาง ร้อยละ 84 และในผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง ร้อยละ 19 สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ แต่พบว่าผู้ป่วยยังคงมีความพิการรุนแรง ร้อยละ 21

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะผลกระทบที่ตามมาอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว หรือผลจากการบาดเจ็บศีรษะทำให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของสมองมีการทำหน้าที่เสื่อมลง จึงทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียหน้าที่และมีความพิการของร่างกาย (Hickey, 2003; Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) ซึ่งนอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้วยังพบว่า การบาดเจ็บศีรษะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องทางด้านจิตใจ พฤติกรรมและสังคมด้วย ซึ่งผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของสมอง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ร่างกายสูญเสียการทำงาน การเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางด้านร่างกายมากที่สุด ดังการศึกษาของจิรนาถ (2547) เรื่องการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะหลังการผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.3 มีความผิดปกติด้านร่างกายมากที่สุด ซึ่งความผิดปกติทางด้านร่างกายในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจะรุนแรงและมีลักษณะ

ใดนั้นขึ้นอยู่กับรอยโรคที่เกิดขึ้นบริเวณสมอง (Hickey, 2003; Hudak et al., 1998; Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) ถ้ามีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่สมองซีกขวา ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวในซีกซ้าย (Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) หรือการกระทบกระเทือนต่อสมองทำให้เกิดความผิดปกติของระบบหลอดเลือดที่สมองทำให้เกิดความบกพร่องในการสื่อสารได้ (พัสมณฑ์, ธิดาทิพย์, และธัญลักษณ์, 2541) เช่น เกิดความบกพร่องในการใช้และการเข้าใจภาษา เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่สร้างเป็นคำพูดออกมา ซึ่งเป็นบริเวณโบรคา (Broca'area) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติของการพูด เช่น มีการพูดเสียงแหบ พูดไม่ออก เป็นต้น (พัสมณฑ์ และคณะ, 2541; Cherney & Halper, 1996)

นอกจากนี้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมักมีอาการอื่น ๆ เกิดขึ้นภายหลังการบาดเจ็บศีรษะ เช่น อาการชัก ซึ่งอาการชักได้ประมาณร้อยละ 2-5 โดยพบในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงและปานกลาง เกิดภายหลังการบาดเจ็บสมอง 1-6 เดือน และสามารถพบได้ภายใน 1 ปี (Hudak et al., 1998; Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) นอกจากนี้พบว่าในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย มักพบอาการปวดศีรษะภายหลังการได้รับบาดเจ็บศีรษะ (Post traumatic syndrome) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย หลังจากได้รับการบาดเจ็บศีรษะ 3 เดือน พบอาการปวดศีรษะตลอดเวลา ส่วนในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางและระดับรุนแรง มักพบความพิการหลงเหลือมากที่สุด (ศิริพจน์, 2546; Bandolier, 2004; Harvard Medical School, 2003; Hickey, 2003)

2. ผลกระทบด้านจิตสังคม

จากการที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะ ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สมอง มีการสูญเสียหน้าที่ในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ บ้างก็ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบทางจิตสังคมของผู้ป่วย โดยทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม (สิระยา, 2540) เช่น สับสน บางครั้งจำอะไรไม่ได้ การรับความรู้สึกและสติปัญญาลดลง ทำให้ตอบสนองต่อสิ่งมากระตุ้นไม่เหมาะสม (Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) มีอารมณ์ไม่เหมาะสม เปลี่ยนแปลงง่าย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม ถดถอย มีอารมณ์ไม่เหมาะสม สูญเสียความจำ (สิระยา, 2540; Hickey, 2003; Johnson, 2000) ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัว และสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตสังคม รวมถึงด้านอารมณ์ โดยการที่ผู้ป่วยควบคุมดูแลและปรับอารมณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย เป็นภาระของผู้อื่น ไม่มีคุณค่าหรือความมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตนเอง ไม่เข้าสังคม

นอกจากนี้พบว่าจากการบาดเจ็บศีรษะทำให้ผู้ป่วยยังคงมีรอยโรคเหลืออยู่ภายหลังการรักษา หลงเหลือความพิการ หรือบางครั้งอยู่ในสภาพไม่รู้สึกตัว ซึ่งจากภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลกระทบต่อบทบาทการทำหน้าที่ในครอบครัว ในสังคม ไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมถอยหนีออกจากสังคม ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าภาวะจิตสังคมที่ผู้ป่วยมักเผชิญ ได้แก่ ความเจ็บป่วย เครียดและวิตกกังวล สูญเสียพลังอำนาจ ปัญหาทางด้านอัตมโนทัศน์ ซึมเศร้าและแยกตัว ทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังและอยากฆ่าตัวตาย (พิไลรัตน์, 2542)

จะเห็นได้ว่าผลของการบาดเจ็บศีรษะนั้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่มากก็น้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ หรือขึ้นอยู่กับการมีพยาธิสภาพตรงบริเวณใด ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บศีรษะถือว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤต (นิภาวรรณ และจันทร์พร, 2541) และเมื่อพ้นจากภาวะดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยยังคงต้องใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานานกลายเป็นสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง (จารุวรรณ, 2544) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และมีความต้องการในการดูแลแบบการพึ่งพาสูงขึ้น (ประณีต และคณะ, 2543)

*ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*

ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างเพื่อการดำรงชีวิตและรักษาภาวะสมดุลของการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยที่บุคคลทุกคนมีความต้องการที่จะคงภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคม แต่บางครั้งความต้องการของบุคคลก็ไม่สามารถตอบสนองได้ด้วยตนเอง โดยมาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้กล่าวว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และได้แบ่งความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้น ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ การเคลื่อนไหว การขับถ่าย ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นมากที่สุดเพื่อต้องการตอบสนองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และเกิดก่อนความต้องการในด้านอื่น ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะการดูแลให้ร่างกายได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอถือว่าเป็นสิ่งที่จำเป็น เนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะอาจทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือมีปัญหาเรื่องการเคี้ยว การกลืน และการบาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ต้องใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น (Cherney & Halper, 1996; Hickey, 2003) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับน้ำและอาหารจึงควรพิจารณาตามสภาพผู้ป่วยเป็นหลัก รวมถึงปัจจัยทางด้านอายุ เพศ ระดับการใช้กิจกรรม เช่น ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวอาจได้รับการเจาะคอและใส่ท่อช่วยหายใจ หรือผู้ป่วยบางรายที่

มีปัญหาในการกลืนอาหาร จึงจำเป็นต้องได้รับการใส่สายยางให้อาหาร (Cherney & Halper, 1996) อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับอาหารไม่เพียงพอได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องการได้รับอาหารให้อยู่ในปริมาณที่เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย เพื่อช่วยในกระบวนการเผาผลาญ การสร้างพลังงานและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (Hickey, 2003) โดยพบว่าในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะควรได้รับพลังงาน 25-35 กิโลแคลอรี่/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน ดังการศึกษาที่พบว่า ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วย (จอม, 2546)

ปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ จากการบาดเจ็บส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ หรือบางรายผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลให้การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระให้เป็นไปอย่างปกติ เพื่อรักษาสมดุลของน้ำและสารน้ำในร่างกาย นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียการเคลื่อนไหวและการรับความรู้สึก อาจทำให้ผู้ป่วยมีความพิการ อ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ การเหี่ยวลีบของแขนและขา เป็นต้น ดังนั้นควรมีการดูแลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยได้ รวมถึงเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กล้ามเนื้อและข้อต่อมีการเคลื่อนไหวเพื่อช่วยให้ร่างกายสามารถกลับมาทำงานได้ใกล้เคียงเหมือนภาวะปกติมากที่สุด (รัมภ์รดา, 2539)

2. ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย ได้แก่ ความต้องการการมั่นใจ ความเท่าเทียม ความสม่ำเสมอ ความไว้วางใจ ความปลอดภัยจากสิ่งที่เป็นอันตราย ความมั่นคงในชีวิต จากการบาดเจ็บศีรษะอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางระบบประสาทโดยตรง ซึ่งมีผลกระทบต่อการสื่อสาร ด้านความคิดและอารมณ์ (Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) เช่น มีความผิดปกติในการพูด พูดไม่ชัด ความจำเสื่อม สับสน หรือก้าวร้าว การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจด้วย เนื่องจากความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจ ไม่มั่นคง เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของตนเอง เป็นสิ่งที่คุกคามผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการการสื่อสาร ความต้องการทางด้านจิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อที่จะมีความมั่นใจสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หรือจากการศึกษาที่พบว่า การบาดเจ็บเป็นสถานการณ์ที่กระทันหันและเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตทำให้ผู้บาดเจ็บต้องการการช่วยเหลือให้ตนเองพ้นจากอันตรายที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนเองได้รู้สึกปลอดภัย (สุรัตณี, 2543)

ความต้องการการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บก็เป็นความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างหนึ่งเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีการสูญเสียการควบคุม

เคลื่อนไหว มีการทรงตัวไม่ดี หรือบางครั้งจากการที่ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองโดยการพยายามเคลื่อนไหวร่างกาย อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บได้ มีความต้องการในการดูแลให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยมากที่สุด (จุรีรัตน์, 2543) ดังนั้นความต้องการการดูแลเพื่อให้ปราศจากการเกิดอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บ จึงเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยยิ่งขึ้น

3. ความต้องการความรัก และความรู้สึกเป็นเจ้าของ ได้แก่ ความรัก ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ซึ่งเป็นความต้องการที่อยากให้มีคนมารักหรือห่วงใย เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม อารมณ์ สติปัญญา จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกถูกทอดทิ้งแยกตนเอง โดดเดี่ยว จึงต้องการความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และต้องการเป็นที่ยอมรับของครอบครัวและผู้อื่น เพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น ซึ่งครอบครัวควรเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย (เพ็ญจันทร์, 2542) โดยการเข้ามารับหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ด้วยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ เอื้ออาทร ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าครอบครัว สามารถช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ดังการศึกษาที่พบว่า การที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักห่วงใย เอาใจใส่ ปรารถนาดี หรือเข้าถึงภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วย จะมีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองมีความหวังมากขึ้น และมีความรู้สึกว่ามีบุคคลที่ตนเองรักมาให้การดูแล จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (จอม, 2541; Taylor, 2003)

4. ความต้องการการยอมรับนับถือ ได้แก่ ความต้องการตระหนักในคุณค่า ความสามารถของตนเอง การยอมรับนับถือ ความภาคภูมิใจ ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการที่อยากให้ตนเองได้รับการยกย่อง นับถือ ว่าเป็นคนที่มีความสำคัญต่อสังคม แต่จากการบาดเจ็บศีรษะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าลดลง เนื่องจากมีการปรับตัวลดลง (Barry, 2000) ดังนั้นครอบครัวผู้ดูแลนั้นถือว่าเป็นสิ่งเร้า ที่เข้ามามีผลบวกต่อการปรับตัวของผู้ป่วย โดยเข้ามามีบทบาทในการทำให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของวีณา อัครอนงค์ และศิริรัตน์ (2546) เรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองปรับตัวได้ดีขึ้น ส่งผลให้มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองได้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5. ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จด้วยความสามารถแห่งตน ได้แก่ การรู้จักตนเอง ความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะเป็นของตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการที่สูงสุดของมนุษย์ การที่ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องการการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้ตนเองสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ลดการพึ่งพาผู้อื่น ดังการศึกษาของวราณี ช่อลดา และเพลินพิศ

(2542) เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า จากการที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจในการควบคุมด้านร่างกาย สามารถปฏิบัติบทบาทของตนเองได้ ไม่เป็นภาระของผู้อื่น นอกจากนั้นยังพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากการมีคนคอยเอาใจใส่ ปลอบใจ ให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น แต่พบว่าการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในแต่ละคนยังมีข้อจำกัด เนื่องจากมีความแตกต่างกันตามพยาธิสภาพของโรค ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีความพร่องในด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ดังนั้นการพัฒนาความสามารถตามความต้องการของผู้ป่วยจึงต้องคำนึงถึงสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วย (สุดศิริ, 2541)

*ผลกระทบจากการบาดเจ็บศีรษะต่อผู้ดูแล*

การบาดเจ็บศีรษะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือพึ่งพาจากบุคคลอื่นให้เข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งสมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยนั้นย่อมเกิดผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตส่วนตัวไม่มากก็น้อย โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (ฟาริดา, 2539; วิมลรัตน์, 2538; อรวมน, 2546) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลจึงมักเป็นบุคคลที่จะได้รับผลกระทบจากการดูแลมากที่สุด (สุดศิริ, 2541; Dennis, O'Rourke, Lewis, Sharpe & Warlow, 1998) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้แก่ ความเครียดจากการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น (ศิริพันธุ์, 2546; ยุพาพิณ, 2546) หรือจากการทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลังในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2534 - พ.ศ. 2543 ของขวัญตา สาลี ลัพณา และศิริวรรณ (2546) พบว่า ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแล ได้แก่ ความเครียด การเผชิญความเครียดและการปรับตัว อาการเหนื่อยล้า ความเหนื่อยหน่าย ภาระการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นหมวดหมู่ ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพทางกาย เมื่อมีผู้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยเกิดขึ้นภายในครอบครัวภาระการดูแลต้องเป็นของสมาชิกภายในครอบครัว ด้วยความรักความผูกพัน โดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการเจ็บป่วยที่วิกฤต เกิดขึ้นอย่างกระทันหัน เป็น

การเจ็บป่วยที่รุนแรง หรืออันตราย ทำให้ผู้ดูแลย่อมเกิดความตระหนก วิตกกังวล ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเฝ้าไข้ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอดเวลา (รุจา, 2541; สุดศิริ, 2541; สมพันธ์, 2541) ทำให้ผู้ดูแลต้องทุ่มเทแรงกายและแรงใจในการดูแลผู้ป่วยจนสุขภาพทรุดโทรม บางรายวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ อาจมีปัญหาในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ตรงเวลา หรือการพักผ่อนลดน้อยลง (จินตนา, 2540; ยุพดี, 2544) อาจกล่าวได้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของสมาชิกภายในครอบครัวจะคุกคามต่อสุขภาพสมาชิกในครอบครัวอย่างยิ่ง (ฟาริดา, 2539; วิมลรัตน์, 2538) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังการศึกษาของสายพิณ (2536) เรื่องแบบจำลองสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นภรรยาที่ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหลอดเลือดในสมอง สมองและไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ และพาร์คินสัน จำนวน 104 ราย พบว่า ภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังที่ให้การดูแลสามี จะเกิดผลกระทบต่อร่างกายเป็นอย่างมาก เช่น มีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ดาริกา (2542) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วย กับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมทำให้ผู้ดูแลสูญเสียเวลาและพลังงานอย่างมาก ไม่มีเวลาผ่อนคลาย นอนหลับไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา มีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น

2. ปัญหาสุขภาพทางจิตใจ การบาดเจ็บศีรษะถือว่าเป็นการเจ็บป่วยวิกฤตและเฉียบพลันที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ซึ่งผลจากการเกิดอุบัติเหตุส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวโดยก่อให้เกิดภาวะเครียดทางด้านจิตใจ โดยพบว่าแม้ลักษณะการเกิดอุบัติเหตุ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยบาดเจ็บประสบอุบัติเหตุเป็นสิ่งที่ปรากฏให้เห็นในระยะเวลาที่จำกัด แต่ผลกระทบด้านจิตใจและการดำรงชีวิตนั้นเป็นสิ่งที่ปรากฏให้เห็นในระยะยาวและอาจต่อเนื่องจนยากที่จะจำกัดได้ (McQuay, 1995 อ้างตาม ชญานิศ, 2541) โดยพบว่าครอบครัวผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุจะมีความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับสูง กระวนกระวายต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ชญานิศ, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจะมีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วยถือว่าเป็นสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในครอบครัวเป็นการเจ็บป่วยที่เฉียบพลันและร้ายแรง กลัวสูญเสียผู้ป่วยไป จึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (Leske, 2002) นอกจากนั้นยังพบว่าเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตเข้าสู่ระยะเรื้อรังนั้นผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอด 24 ชั่วโมง หรือต้องมีการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวเนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในด้านต่าง ๆ ทำให้ต้องการการดูแลแบบพึ่งพาสูงหรือทั้งหมด (ประณีต และคณะ, 2543) ทำให้ผู้ดูแลต้องอดทนต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้าน

ร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ และความรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่เกิดขึ้นของตนเอง (Smith Je & Smith Dl, 2000) ผู้ดูแลจึงเกิดความเครียด ความซึมเศร้าในการดูแลผู้ป่วย หรือกังวลกลัวว่าจะให้การดูแลบุคคลอันเป็นที่รักได้ไม่ดี (DHS, 2003) ดังการศึกษาเรื่อง ภาวะอารมณ์ในผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความซึมเศร้า หรือมีความเครียดมาก ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับการพึ่งพาที่สูง (Dennis et al., 1998) จากการที่ครอบครัวต้องเข้ามารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เนื่องจากต้องให้การดูแลเกือบตลอดเวลา (Birf, 2004; Umoto, 2004)

3. ปัญหาการปรับบทบาทและหน้าที่ เมื่อครอบครัวมีสมาชิกเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกอื่นในครอบครัวต้องรับภาระมากขึ้น บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว แม่บ้านหรือสมาชิกอื่นในครอบครัวต้องรับภาระหน้าที่ในการเป็นหัวหน้าครอบครัวแทน ซึ่งภาระการดูแลผู้ป่วยทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (ประคอง, พรทิพย์, และดวงใจ, 2538) การที่ผู้ดูแลเข้ามาดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลนั้น ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงต้องมีการเรียนรู้กิจกรรมบางอย่างร่วมกับพยาบาล ได้แก่ การเช็ดตัวบนเตียง การพลิกตะแคงตัว การดูแลการขับถ่าย การดูแลปาก และฟัน การออกกำลังกายแขนขา และการทำอาหารปั่นหรือการให้อาหารทางสายยาง (ประณีต และคณะ, 2543) ซึ่งเป็นกิจกรรมเฉพาะที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องทุกวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและทุ่มเทแรงมากขึ้นหรือผละจากงานประจำที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย เป็นเหตุให้รับรู้ว่าตนเองมีบทบาทมากเกินไป และเริ่มมีความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระในการที่จะต้องดูแล (burden) (ศิริพันธุ์, 2546; Edwards & Ung, 2002) ทำให้การดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา (ชฎาภา, 2545;ฟาริดา, 2539; ทีปประพิณ, 2543) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องได้ ดังการศึกษาเรื่อง ภาระของครอบครัวในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล จำนวน 89 ราย ผลการศึกษา พบว่า มีผู้ดูแลจำนวนมากที่มีความรู้สึกซึมเศร้า และรับรู้อยู่ในระดับสูงว่าผู้ป่วยเป็นภาระที่ต้องดูแล ร้อยละ 77 มีผลทำให้การทำงานผิดพลาด เนื่องจากมีหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น และร้อยละ 69 มีผลกระทบในด้านหน้าที่การงานทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากงานมาให้การดูแลผู้ป่วย (Grunfeld et al., 2004) หรือจากการที่ผู้ดูแลบางรายต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลากลางวัน และในตอนเย็นผู้ดูแลต้องกลับบ้านไปทำหน้าที่แม่บ้าน ดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาดบ้าน และกลับมาดูแลผู้ป่วยอีกครั้งในวันรุ่งขึ้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่ากลางวันผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วย แต่ในช่วงกลางคืนผู้ดูแลต้องดูแลบ้าน ดังนั้นจึงทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น เกิดความรู้สึกว่าตนเองว่ามีบทบาทมากเกินไป

ดังการศึกษาเรื่อง ประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3 โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล 24 ราย พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าอาการเหนื่อยล้า เป็นอาการอย่างหนึ่งที่พบในประสบการณ์การดูแล เนื่องจาก ผู้ดูแลบางรายหลังจากให้การดูแลผู้ป่วยเสร็จแล้ว ต้องรีบกลับไปทำงานบ้านหรือกลับไปทำงานประจำของตนเองต่อ ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองมีภาระมากขึ้น (Mok, Chan & Yeung, 2003)

4. ปัญหาการเงิน เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหมายถึงการต้องใช้เงินทองเพื่อการรักษา (ฟาริดา, 2539; วิมลรัตน์, 2538) จากการที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บศีรษะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน หรือในบางรายผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ทำให้มีผลกระทบต่อรายได้หลักของครอบครัว (Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) หรือจากการที่ผู้ดูแลต้องเข้ามารับบทบาทหน้าที่ในการดูแลส่งผลให้มีผลกระทบต่องาน ต้องออกจากงาน เพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ซึ่งบางครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจอยู่แล้วย่อมส่งผลกระทบมากขึ้น (ยุพดี, 2544; ศิริพันธุ์, 2546) ดังการศึกษาเรื่อง ภาระของครอบครัวในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่าผู้ดูแลร้อยละ 69 มีผลกระทบในด้านหน้าที่การงานทำให้ผู้ดูแลต้องลาออกจากงานมาให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวเกิดปัญหาด้านการเงินตามมา (Grunfeld et al., 2004)

*อาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล*

*แนวคิดอาการเหนื่อยล้า*

อาการเหนื่อยล้า ถือว่าเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อย ทั้งในบุคคลที่มีสุขภาพดี หรือในภาวะที่มีการเจ็บป่วยก็ตาม (วัชราภรณ์,2545; สมคิด, 2539; Piper,1986) โดยเป็นการรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก เป็นอาการแสดงของความไม่พึงพอใจ ซึ่งความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ รบกวนความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติ สาเหตุของอาการเหนื่อยล้าอาจเกิดขึ้นจากทางด้านร่างกาย ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อถูกกระตุ้นติดต่อกันเป็นเวลานานจนกล้ามเนื้อมีการหดเกร็ง เช่น การมีกิจกรรมเป็นเวลานาน การพักผ่อนไม่เพียงพอ หรือเกิดจากการมีพยาธิสภาพของโรค หรือสาเหตุทางด้านจิตใจ เช่นความเครียด เบื่อหน่ายเป็นเวลายาวนาน ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อกระบวนการของโรค ทำให้ร่างกายเสียสภาพสมดุล มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล (Barnett, 1997; Piper, 2003; Ream & Richardson, 1996)

อาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของอาการเหนื่อยล้าไว้หลายท่าน เช่น อาการเหนื่อยล้าเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกเหนื่อยจนหมดกำลังต่อทุกสภาวะ เป็นอาการแสดงของความไม่พึงพอใจ รบกวนความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติ (Ream & Richardson, 1996) หรือเป็นการรับรู้ของบุคคลในการทำกิจกรรมได้ลดลง ไม่สัมพันธ์กับการทำกิจกรรมหรือการออกแรง เป็นอาการที่มีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง การนอนหลับพักผ่อนเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้อาการเหนื่อยล้าหายได้ และมีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล (Piper, 2003) หรือเป็นประสบการณ์การรับรู้โดยบุคคลหรือมีการแสดงออกให้บุคคลอื่นมีการรับรู้ว่ามีการใช้แรงได้น้อยลง (Barnett, 1997) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของอาการเหนื่อยล้าว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่ร่างกาย และจิตใจขาดพลังงาน โดยอาการที่เกิดขึ้นเป็นการรับรู้ได้ด้วยตนเอง หรือเป็นการแสดงออกที่บุคคลอื่นเห็น โดยเกิดจากการมีแบบแผนกิจกรรมเปลี่ยนแปลงไป (Schapiro & Schneider, 1999)

ซึ่งจากความหมายในข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า อาการเหนื่อยล้าเป็นอาการที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตัวเอง หรือเป็นการแสดงออกที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ โดยบุคคลนั้นรู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียเป็นอย่างมาก เมื่อมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลมีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วย

*กลไกการเกิดอาการเหนื่อยล้า*

ปกติกลไกการเคลื่อนไหว ต้องอาศัยการทำงานของกล้ามเนื้อ โดยอาศัยกลไกการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อ โดยกล้ามเนื้อลายในร่างกายมีการทำงานเมื่อได้รับคำสั่งจากสมอง โดยสมองจะส่งคำสั่งทางเส้นประสาทมอเตอร์ ไปบังคับกล้ามเนื้อให้ทำงานที่ปลายแอกซอน (axon) ของประสาทมอเตอร์จะมีถุงเก็บสารสื่อ อะซิทิโคลีน (acetylcholine) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการส่งผ่านจากปลายประสาทแอกซอนเข้าสู่เซลล์ของกล้ามเนื้อ ไปกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อศักย์หลังประสานขนาดเล็ก (Miniendplate potential ; MEPP) ทำให้กล้ามเนื้อลายมีความตึงตัวอยู่ตลอดเวลาที่มีเส้นประสาทไปเลี้ยง เมื่อสัญญาณประสาทวิ่งมาตามแอกซอนจะดีโพราไรซ์ (depolalization) เยื่อปลายแอกซอนยังส่งผลให้แคลเซียม (Ca) จากน้ำนอกเซลล์เข้ามาในไซโตพลาสซึมของปลายแอกซอน เหนี่ยวนำให้ถุงบรรจุสารสื่อเคลื่อนที่มาประชิดติดเยื่อเซลล์แล้วปล่อยอะซิทิโคลีนจำนวนมากแพร่ออกมาที่ช่องว่างระหว่างการประสานอะซิทิโคลีนจะไปรวมตัวกับตัวรับที่เยื่อกล้ามเนื้อเกิดอะซิทิโคลีน รีเซบเตอร์ คอมเพล็ก (Acetycholine-Receptor complex) ซึ่งสามารถเหนี่ยวนำให้ประตูสำหรับโซเดียม (Na) เปิด โซเดียมจะไหลจากช่องว่างระหว่างจุดประสานเข้าไปยังภายในเซลล์กล้ามเนื้อ ทำให้ข้างในถูกลดขั้ว (depolalization) เหนี่ยวนำให้แคลเซียมจาก

ไซโครพลาสมิก เรติคูลัม ออกมาทำปฏิกริยากับโปรตีนแอกทิน (actin) และไมโอซิน (myosin) และสารพลังงานสูงเอทีพี (ATP) หลังจากการหดตัวของ ATP จะถูกสังเคราะห์ขึ้น แอกโตไมโอซิน (actomyosin) จะถูกแยกออกเป็นแอกทินและไมโอซินเพื่อเตรียมรวมกันใหม่ เมื่อกระแสประสาทจากสมองหยุดการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อ แคลเซียมไอออนจะถูกฉีดกลับที่เดิมโดยวิธีสูบฉีดแคลเซียม (calcium pump) ซึ่งส่งผลให้กล้ามเนื้อมีการคลายตัวคืนสู่สภาพพักผ่อนปกติ

แต่พบว่าการที่เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นนั้น เกิดจากสาเหตุทางสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงทางเคมีของระบบประสาทกล้ามเนื้อ และสารให้พลังงานสูง จากการที่เกิดความผิดปกติของสมอง หรือเส้นประสาทส่วนมอเตอร์ ทำให้การส่งกระแสประสาทมายังกล้ามเนื้อ เกิดความผิดปกติ จึงทำให้กล้ามเนื้อไม่สามารถหดตัวได้ หรือหดตัวได้ลดลง รวมถึงภาวะการขาดออกซิเจน เนื่องจากออกซิเจนมีผลต่อการทำงานของเอนไซม์เอทีพีเอส ทำให้ไม่สามารถสลายสารให้พลังงานสูงเอทีพี ได้ ทำให้ร่างกายขาดสารพลังงานสูงเอทีพี เกิดการสะสมของกรดแลคติค ซึ่งกรดแลคติคนี้จะมีการไปแย่งแคลเซียมไอออนในการจับกับโทรโปนิน-ซี ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวได้น้อยลง หรือถ้ากล้ามเนื้อถูกกระตุ้นติดต่อกันเป็นเวลานาน มีการกระตุ้นจนกล้ามเนื้อหดเกร็ง หรือมีการหดตัวอย่างแรงและเป็นเวลานานจนทำให้กล้ามเนื้อไม่สามารถหดตัวได้ต่อไปอีก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและเคมี โดยสารสื่อประสาทอะซิติลโคลีน จะใช้งานจนไม่สามารถสร้างขึ้นใหม่ได้ทัน ทำให้ขาดสารสื่อประสาท ส่งผลให้กล้ามเนื้อไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ แรงหดรัดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิด “อาการล้า” (fatigue) หรือกล้ามเนื้อเมื่อยล้า (muscular fatigue) (รัชฎา, 2541; Piper, 1993; 2003)

*ประเภทของอาการเหนื่อยล้า*

อาการเหนื่อยล้าสามารถแบ่งเป็น 4 ประเภท (Baird,1988; Kelum, 1985) คือ 1) อาการเหนื่อยล้าปกติ (normal fatigue) เป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน เช่น ภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อระบบความคิดทำให้เกิดความไม่สุขสบาย อาการเหนื่อยล้าชนิดนี้จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการพักผ่อนให้เพียงพอ 2)อาการเหนื่อยล้าทางพยาธิสภาพ (pathophysiologic fatigue) เป็นอาการเหนื่อยล้าเกิดจากอาการต่างๆ ของโรค หรือเป็นผลจากกระบวนการทางพยาธิสภาพ 3) อาการเหนื่อยล้าจากสภาพการณ์ (situational fatigue) ถือเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ เป็นภาวะที่วิกฤต และส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียดอย่างรุนแรง ซึ่งกลไกลการปรับตัวในระดับปกติไม่สามารถแก้ไขได้ ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งทำให้เกิดการใช้พลังงานที่สะสมไว้ในลักษณะที่ผิดปกติจึงทำให้เกิดอาการ

เหนื่อยล้าได้ และ 4) อาการเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจ (psychological fatigue) อันเกิดจากความวิตกกังวล ความซึมเศร้าก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ ซึ่งสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้บุคคลทำให้กิจกรรมต่างๆ ลดลง เช่น การเคลื่อนไหวช้า ขาดความสนใจในสิ่งรอบข้าง ซึ่งถ้าเกิดเป็นเวลานานจะนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่และพลังงาน ทำให้เกิดเป็นอาการเหนื่อยล้าเรื้อรังได้ (Chronic fatigue)

*ระยะเวลาอาการเหนื่อยล้า*

อาการเหนื่อยล้าสามารถแบ่งตามระยะเวลาที่เกิดได้ 2 ประเภท (Barnett, 1997; Piper, 1993; 2003) ได้แก่ อาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลันและอาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง อาการเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (acute fatigue) คือ อาการเหนื่อยล้าที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นภาวะปกติ เกิดขึ้นเพื่อเตือนให้บุคคลทราบว่าควรมีการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยทั่วๆ ไปของร่างกายหรือเกิดเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายว่ารู้สึกหมดแรง อ่อนแรง เช่น บริเวณแขน ขา เป็นต้น ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการออกแรงมาก เกิดขึ้นในเวลารวดเร็วและใช้ระยะเวลาสั้น โดยระยะเวลาที่เกิดน้อยกว่า 1 เดือน สามารถหายกลับเป็นปกติได้ถ้ามีการแก้ไขที่ถูกต้องรวดเร็วและเหมาะสมก็สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นดังกล่าวได้ และอาการเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (Chronic fatigue) คืออาการเหนื่อยล้าที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นอาการที่ไม่ปกติ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดทางด้านจิตใจ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นนั้นมากกว่า 1 เดือน มีอาการคงที่หรือสามารถกลับเป็นซ้ำอีก ระยะเวลาในการเกิดจะค่อยเป็นค่อยไป แต่อาการจะมีความรุนแรงตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การบรรเทาหรือช่วยเหลือแก้ไขได้ยาก จำเป็นต้องใช้การแก้ไขหลาย ๆ อย่างเข้ามาช่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ถ้าอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวมีระยะเวลามากกว่า 6 เดือน จะเรียกว่า กลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue Syndrome หรือ CFS) ซึ่งการพักผ่อนนอนหลับไม่สามารถช่วยบรรเทาอาการดังกล่าวได้

*การรับรู้อาการเหนื่อยล้า*

เมื่อร่างกายเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น บุคคลจะสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง โดยเป็นประสบการณ์อาการที่มีความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย หรือมีการแสดงอาการออกมาให้บุคคลอื่นสังเกตเห็น โดยบุคคลมีการรับรู้อาการเหนื่อยล้า ประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ โดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้า ซึ่งในการรับรู้ต่ออาการเหนื่อยล้า สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ด้านคือ (Piper, 1997; 2003)

1. ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง (behavioral/severity) เป็นการรับรู้ว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมาจากปฏิกริยาภายในร่างกาย โดยอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวของร่างกาย

2. ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ (affective meaning) เป็นการรับรู้ว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเกิดจากปฏิกริยาทางด้านจิตใจ โดยอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความคิดเห็นหรือเจตคติ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลในทางลบ

3. ด้านความรู้สึก (sensory) เป็นการรับรู้อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ว่ามีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เป็นการรู้สึกถึงการที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น

4. ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ (cognitive/mood) เป็นการรับรู้อาการเหนื่อยล้าว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญา ความคิดหรืออารมณ์ รบกวนความสามารถในด้านสติปัญญา กระบวนการเรียนรู้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น บุคคลจะมีการแสดงออกได้ทั้งด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ ด้านความรู้สึก ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นบุคคลจะมีความรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย และถ้าอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวดำเนินต่อไปเป็นเรื้อรังจะทำให้เกิดการสูญเสียความคิด ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง และทำให้สมาธิและความสามารถในการทำงานลดลงด้วย แต่จากการศึกษาของ อภันตรี (2544) พบว่าบุคคลจะมีการรับรู้อาการเหนื่อยล้าด้านความคิดเห็นหรือเจตคติมากที่สุด โดยบุคคลมีการรับรู้ว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่แสดงถึงการที่สุขภาพเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ เป็นสาเหตุในแง่ของการรับรู้ถึงความไม่สนุกสนาน ไม่น่าพอใจ เป็นสิ่งที่ทำลายและเป็นสิ่งที่ไม่ดี

*การประเมินอาการเหนื่อยล้า*

อาการเหนื่อยล้าสามารถประเมินได้เป็น 2 ประเภท คือ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของบุคคล (subjective data) และแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าจากการสังเกตพฤติกรรม (Objective data) (Piper, 1993)

1. แบบวัดอาการเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของบุคคล (Subjective data) เป็นการประเมินอาการเหนื่อยล้าจากประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่เกิดอาการเหนื่อยล้าเอง ซึ่งอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย เช่น การแสดงออกทางกายที่รู้สึกอ่อนเพลียมากที่สุด ด้านอารมณ์ เป็นความรู้สึกที่เป็นผลให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น โกรธง่าย ไม่อดทน

ด้านพฤติกรรม คือการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองต้องใช้เวลาเป็นระยะนานหรือต้องใช้แรงอย่างมากในการทำกิจกรรม และด้านจิตใจหรือความคิด เกิดการรบกวนความสามรถในการคิด หรือการแก้ไขปัญหา

การประเมินอาการเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของบุคคลนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าแบบมิติเดียว (Unidimensional Fatigue scales) และแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าที่ครอบคลุมหลายมิติ (Multidimensional Fatigue scales) (Piper, 1993; 1997)

1.1 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าแบบมิติเดียว (Unidimensional Fatigue scales) เป็นแบบวัดระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของผู้ที่เกิดอาการเหนื่อยล้าเอง (subjective) โดยแบ่งออกเป็น

1.1.1 แบบวัดอาการเหนื่อยล้าโดยใช้คำถามข้อเดียวนี้ เป็นการวัดความรุนแรงของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่าด้วยสายตา (visual analogue scale = VAS) เป็นเส้นตรงยาว 100 มิลิเมตร แบ่งเป็น 11 จุด เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale = NRS) ตั้งแต่ 0 ไม่มีอาการเหนื่อยล้า ถึง 10 มีอาการเหนื่อยล้ารุนแรงที่สุด ได้แก่ แบบวัด Profile of Mood States (POMS), Fatigue-Inertia subscale เป็นต้น ซึ่งแบบวัดนี้ควรมีการวัดระดับอาการเหนื่อยล้าทุก 24 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ความเหมาะสมและความมีประสิทธิภาพ

1.1.2 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าแบบหลายข้อ (Multiple-item instrument) โดยเป็นการวัดการรับรู้อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นแบบหลายข้อ ได้แก่

- แบบประเมิน Pearson-byars Fatigue Feeling Tone Checklist (PBFS) เป็นแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าที่ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีลักษณะการประเมินที่ให้ผู้ประเมินบอกถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ได้แก่ “เหมือนเดิม” “แย่มาก” และ “ดีมากกว่าเดิม” แต่พบว่ายังมีข้อจำกัดของแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าดังกล่าว เนื่องจากผู้ประเมินอาจมีความยากลำบากในการตอบแต่ละระดับข้อคำถาม และขาดความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ

- แบบประเมิน Mental Fatigue Inventory (MFI) เป็นแบบวัดอาการเหนื่อยล้าที่เกิดจากภาวะจิตใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ และมีมาตราการวัด 5 ระดับ คือ 0 ไม่เลย และ 4 อย่างมากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นแบบการประเมินที่มีความตรงและความเที่ยงที่ยอมรับได้

1.2 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าที่ครอบคลุมหลายมิติ (Multidimensional Fatigue scales) ได้แก่

- แบบประเมิน Visual Analogue Scale Measure Fatigue (VAS-F) เป็นแบบการประเมินความรุนแรงอาการเหนื่อยล้าที่แบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ ด้านพลังงาน และด้านอาการเหนื่อยล้า

ซึ่งแบบประเมินดังกล่าวได้มีผู้นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่ามีค่าความตรงของข้อคำถามด้านพลังงาน = 0.86 และด้านอาการเหนื่อยล้า = 0.83

- แบบประเมิน Fatigue Symptom Checklist (FSCL) เป็นแบบการประเมินอาการเหนื่อยล้าที่ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ โดยแบ่งออกเป็นหัวข้อใหญ่ ๆ 3 หัวข้อ ได้แก่ ความมีประสิทธิภาพลดลงของการเคลื่อนไหว หรือสมาธิ, ความรู้สึกทั่วไปของอาการเหนื่อยล้า และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงของอาการเหนื่อยล้า โดยให้ผู้ประเมินเลือกความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งพบว่าในแบบประเมินนี้ยังมีข้อจำกัดในการใช้ เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความตรงและความเที่ยงไม่สม่ำเสมอ และอาการที่เกิดขึ้นอาจเป็นอาการที่เกิดจากโรคหรือจากสาเหตุอื่น ๆ ได้

- แบบประเมินของไปเปอร์และคณะ เป็นแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1989 cited in Piper et al., 1998) โดยมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่าด้วยสายตา (visual analogue scale = VAS) เป็นเส้นตรงยาว 100 มิลิเมตร แบ่งเป็น 11 จุด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านระยะเวลา ด้านความรุนแรง ด้านความคิดเห็น/เจตคติ และด้านความรู้สึก ซึ่งไปเปอร์ได้มีการนำแบบประเมินไปทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และในผู้ป่วยมะเร็งปอด พบว่า มีค่าระดับความตรงและความเที่ยงเป็นที่ยอมรับได้

ต่อมาไปเปอร์และคณะได้มีการพัฒนาแบบประเมินอาการเหนื่อยล้า เพื่อให้เหมาะสมและสะดวกมากขึ้นในการนำไปใช้ โดยเรียกแบบประเมินใหม่นี้ว่า แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าไปเปอร์ (The revised Piper Fatigue Scale [PFS]) โดยมีการลดข้อคำถามลงจาก 40 ข้อ ลดลงเหลือ 22 ข้อ แบ่งการประเมินออกเป็น 4 ด้าน คือ คือ 1. ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง (behavior/severity) 2. ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ (affective meaning) 3. ด้านความรู้สึก (sensory) 4. ด้านสติปัญญา หรืออารมณ์ (cognitive/mood) เป็นแบบประเมินมาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale = NRS) ตั้งแต่ 0 ไม่มีอาการเหนื่อยล้า ถึง 10 มีอาการเหนื่อยล้ารุนแรงที่สุด และได้เพิ่มข้อคำถามเชิงคุณภาพ 1 ข้อ และข้อคำถามปลายเปิด อีกจำนวน 4 ข้อ โดยข้อคำถามเชิงคุณภาพเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระยะเวลาในการเกิดอาการเหนื่อยล้า ส่วนข้อคำถามปลายเปิดอีก 4 ข้อ ประกอบด้วยสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น วิธีที่ใช้บรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น สิ่งที่จะอธิบายเพิ่มเติมในอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น และอาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า โดยไปเปอร์และคณะได้มีการเรียงลำดับข้อคำถามใหม่ โดยมีข้อคำถามเชิงคุณภาพในเรื่อง ระยะเวลาในการเกิดอาการเหนื่อยล้า เป็นคำถามในข้อ 1 ข้อคำถามมาตรวัดตัวเลข เป็นข้อคำถามข้อที่ 2-23 และข้อคำถามปลายเปิดในเรื่อง สาเหตุของอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น วิธีที่ใช้บรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น สิ่งที่จะอธิบายเพิ่มเติมในอาการ เหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น และอาการอื่น ๆ นอกเหนือจากอาการเหนื่อยล้า เป็นข้อคำถามที่ 24-27 ตามลำดับ ซึ่งไปเปอร์และ

คณะได้มีการนำแบบประเมินใหม่นี้ไปทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า มีค่าระดับเชื่อมั่นโดยรวมที่ 0.97 ซึ่งแบบประเมินอาการเหนื่อยล้านี้ได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ

สำหรับในประเทศไทย พบว่า ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี (Pritsanapanurungsie, 2000) ได้มีการแปลและดัดแปลงแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) เป็นภาษาไทย และมีการตัดข้อคำถามเชิงคุณภาพในข้อ 1 เรื่องระยะเวลาในการเกิดอาการเหนื่อยล้า และคำถามปลายเปิดในข้อ 26 เรื่องสิ่งที่จะอธิบายเพิ่มเติมในอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นออก และมีการเพิ่มข้อคำถามปลายเปิดอีจำนวน 1 ข้อ คือ ช่วงเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้าในระหว่างวัน เพื่อให้มีความเหมาะสมเรื่องที่ต้องการศึกษา และมีการนำแบบประเมินดังกล่าวมาทดลองใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค โดยรวมเท่ากับ 0.97-0.98

2. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าจากการสังเกตพฤติกรรม (objective data) เป็นการประเมินอาการเหนื่อยล้าโดยการสังเกตการแสดงออกของผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าทางด้านสรีรวิทยา ด้านชีวเคมีและการเผาผลาญ

2.1 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าทางด้านสรีรวิทยา เป็นการวัดโดยการสังเกตดูระยะเวลาที่เริ่มใช้แรงน้อยลง ความสามารถในการทำงานลดน้อยลง การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ (HR) อัตราการใช้ออกซิเจน ($O_2$) อุณหภูมิของร่างกาย (T) เป็นต้น

2.2 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้าทางด้านชีวเคมีและการเผาผลาญ เป็นการประเมินดูการสะสมหรือการทำลายระบบการเผาผลาญ จากการเปลี่ยนแปลงของของเหลวในร่างกาย เช่น ความเป็นกรดเป็นด่าง (pH) ระดับอิเลคโตรลัยท์ (Electrolyte) เป็นต้น

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการแปลและดัดแปลงในแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) มาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยเป็นอาการเหนื่อยล้าจากประสบการณ์การ รับรู้ของผู้ที่เกิดอาการเหนื่อยล้าเอง (subjective data) และเป็นแบบวัดที่ครอบคลุมได้อย่างองค์รวมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีค่าระดับความตรงและความเที่ยงเป็นที่ยอมรับได้ และแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ ด้านความรู้สึก และด้านสติปัญญา หรืออารมณ์ มาใช้แทนการประเมินประสบการณ์อาการของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical rating scale = NRS) ประกอบด้วย 0 คือ ไม่มีอาการเหนื่อยล้าเลย และระดับความรุนแรงจะรุนแรงขึ้นเรื่อยจนถึง 10 คือมีอาการเหนื่อยล้ารุนแรงที่สุด โดยแบบประเมินนี้ไปเปอร์และคณะได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าค่าความตรงและเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ สำหรับในประเทศไทย พบว่า

กัญญารัตน์ (2539) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่าระดับความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s coefficient alpha) ได้เท่ากับ .87

*อาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล*

การบาดเจ็บศีรษะเป็นการบาดเจ็บที่ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือมีความบกพร่องด้านต่าง ๆ เช่น ด้านร่างกาย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ความบกพร่องด้านการรับความรู้สึกและการรับรู้ เช่น ลืมง่าย สมาธิสั้น เป็นต้น ด้านการสื่อภาษา รวมถึงมีความบกพร่องทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย มีบุคลิกภาพ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น ทักษะการเข้าสังคม การมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เป็นต้น (ฟาริดา, 2542 ; วิภาวรรณ, 2546; สงวนสิน, 2546; Brain Injury Association of America, 2004; Hickey, 2003) ซึ่งความบกพร่องดังกล่าวส่งผลให้เกิดอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมด มีความต้องการการดูแลแบบพึ่งพาสูงขึ้น หรือต้องการการดูแลทดแทนทั้งหมด (ประณีต และคณะ, 2543) ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพเป็นระยะเวลายาว จึงทำให้ผู้ดูแลต้องเข้ามามีบทบาทดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลตั้งแต่ระยะแรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นองค์รวมขึ้น (ประคอง, พรทิพย์, และ ดวงใจ, 2538)

จากการเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลจึงต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง (รุจา, 2541; สุดศิริ, 2541; สมพันธ์, 2541) รวมถึงต้องมีการเรียนรู้กิจกรรมบางอย่างร่วมกับพยาบาล ได้แก่ การเช็ดตัวผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัว การดูแลการขับถ่าย การดูแลปากและฟัน การออกกำลังกายแขนขา และการทำอาหารปั่นหรือการให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น (ประณีต และคณะ, 2543) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและทุ่มเทแรงกายและแรงใจมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย ก่อให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (ฟาริดา, 2539; วิมลรัตน์, 2538; William, 1994) เช่น มีเวลาพักผ่อนน้อยลง นอนไม่หลับเนื่องจากกังวลและกลัวว่าจะดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี มีปัญหาในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารได้น้อย ไม่ตรงเวลา เหนื่อยอ่อนเพลีย ลืมสนใจดูแลตนเอง หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ไม่พบปะสังคม เป็นต้น หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งสาเหตุดังกล่าว เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังการศึกษาที่พบว่า จากผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลเกิด

อาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยได้ (กัญญารัตน์, 2539; ดาริกา, 2542; ยุพดี, 2544; Matthis, 1991 ; Piper, 1993) ส่งผลให้มีการดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องได้

นอกจากนี้ จากการที่ผู้ดูแลต้องผละจากงานประจำที่ปฏิบัติอยู่มารับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น (Mok, Chan & Yeung, 2003) ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย เป็นเหตุให้รับรู้ว่าตนเองมีบทบาทมากเกินไป ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (ฟาริดา, 2539) และเริ่มมีความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระในการที่จะต้องดูแล (burden) การดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา อันนำไปสู่การเกิดอาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลได้ (ชฎาภา, 2545; ทีปประพิณ, 2543)

การเกิดอาการเหนื่อยล้าในแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับสาเหตุที่เกิดขึ้น โดยบางครั้งบุคคลหนึ่งอาจมีสาเหตุการเกิดอาการเหนื่อยล้าสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ (Piper, 1993; 2003) และถ้าอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวเกิดขึ้นเป็นเวลานานไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสมาธิและความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จนอาจทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมได้ และเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด โดยพบว่าผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นบ่อย จะมีอาการรุนแรงมากและอาการดังกล่าวมีการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (อภิรดี, 2547) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบมีอาการเหนื่อยล้า เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการพึ่งพา ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ดังที่เจนเซ็นและกิฟเวน (Jensen & Given, 1991) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีอาการเหนื่อยล้าในระดับปานกลางค่อนข้างสูง เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะในระยะสุดท้ายมักเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีการพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ (2539) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คนพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้นจะมีอาการเหนื่อยล้าระดับปานกลาง จากภาวะดังกล่าวจะเห็นได้ว่าภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีผลกระทบต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมาก และอาการเหนื่อยล้าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแล (Jensen & Given, 1991) โดยอาการเหนื่อยล้าจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในทางลบของผู้ดูแล ทำให้บทบาทการเป็นผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ

*การจัดการอาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล*

*แนวคิดการจัดการอาการ*

อาการ หมายความว่า รูปแบบหนึ่งของประสบการณ์เฉพาะบุคคล ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านหน้าที่ ความรู้สึก ความคิด ทางด้านกาย จิต สังคม โดยที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ด้วยตนเอง ในขณะเดียวกัน หมายถึงสัญญาณที่บ่งบอกถึงความผิดปกติของโรคที่บุคคลสามารถค้นพบได้ด้วยตนเองหรือโดยผู้อื่น หรือหมายถึงประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลอันเป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญา (Dodd et al., 2001) โดยพบว่าการจัดการกับอาการนั้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์อาการ (symptom experience) 2) กลวิธีการจัดการ (symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์ที่ได้จากอาการ (outcomes) และมีปัจจัย 3 ประการที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดดังกล่าว ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล (person domain) ซึ่งมีผลต่อการตอบสนองของอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา ลักษณะทางจิตใจ ลักษณะทางสังคม และลักษณะของสรีรวิทยา 2) ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness) ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สภาวะทางสุขภาพ โรค อุบัติเหตุ ความพิการ ซึ่งปัจจัยนี้มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเกิดอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบจะมีความเกี่ยวข้องกัน (ดังภาพ 2) ดังนี้

1. ประสบการณ์อาการ (symptom experience ) ประสบการณ์อาการนั้นเป็นการที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับอาการ (perception of symptom) ประเมินอาการ (evaluation of symptom) และมีการตอบสนองต่ออาการ (response of symptom) โดยแต่ละกระบวนการจะมีการเกิดปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลมีการแสดงออกต่อการเจ็บป่วยหรือการรักษาที่เกิดขึ้น

1.1 การรับรู้อาการ เป็นการที่บุคคลมีความรู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมหรือพฤติกรรม โดยมีปัจจัย 3 ปัจจัย คือปัจจัยด้านตัวบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของบุคคล ลักษณะทางด้านจิตใจ ลักษณะทางด้านสรีระ และลักษณะทางด้านสังคม เป็นต้น ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น และปัจจัยด้านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย เช่น การบาดเจ็บ โรค ความผิดปกติทางด้านสรีระ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

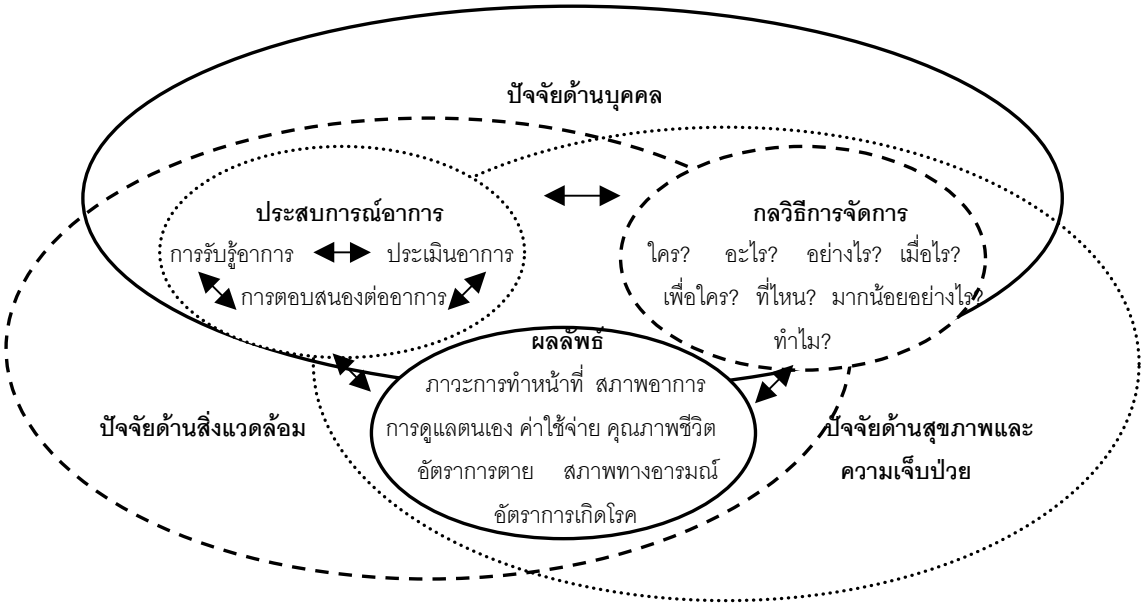
1.2 การประเมินอาการ เป็นการที่บุคคลประเมินอาการ หรือตัดสินว่าอาการเหล่านั้นมีความรุนแรงมากน้อยเพียงไร ตำแหน่งของอาการ สาเหตุของอาการเกิดจากอะไร รับรู้ได้อย่างไร และมีผลต่อการดำเนินชีวิตอย่างไร

1.3 การตอบสนองต่ออาการ เป็นการที่บุคคลมีการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้น โดยมีการตอบสนองได้หลายรูปแบบ เช่น การตอบสนองที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

จิตใจ สังคม และพฤติกรรม เป็นต้น และประสบการณ์อาการนั้นบุคคลจะประเมินตามพื้นฐานความเชื่อของตนเอง

2. กลวิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) เป้าหมายของกลวิธีการจัดการอาการ คือ การเบี่ยงเบนหรือชะลอผลที่เกิดจากอาการ โดยกลวิธีการจัดการกับอาการนั้นเป็นกระบวนการที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ของผู้ป่วย มีการเปลี่ยนแปลงวิธีต่าง ๆ จนกว่าบุคคลจะพอใจอาจใช้เวลาเป็นระยะเวลานาน หรือต้องทำบ่อย ๆ เพื่อให้ตรงกับความต้องการ ซึ่งการจัดการอาการนั้นอาจเป็นการกระทำเพียงหนึ่งเดียวหรือมากกว่าหนึ่งก็ได้เพื่อให้ได้ผลตามที่บุคคลพึงพอใจ โดยมีรูปแบบคำถามการจัดการซึ่งประกอบด้วย ใครเป็นคนจัดการ (who) จัดการด้วยอะไร (what) อย่างไร (how) เมื่อไร (when) เพื่อใคร (to whom) ที่ไหน (where) มากน้อยอย่างไร (how much) และทำไม (why)

3. ผลลัพธ์ (outcomes) ผลลัพธ์ คือผลที่ได้จากการใช้ประสบการณ์และกลวิธีการจัดการเป็นผลที่เกิดจากการมีประสบการณ์ โดยมีปัจจัยที่บ่งบอกถึงผลลัพธ์ที่ได้ทั้งสิ้น 8 ประการ คือ 1) ภาวะการทำหน้าที่ 2) สภาพของอาการ 3) การดูแลตนเอง 4) ค่าใช้จ่าย 5) คุณภาพชีวิต 6) อัตราการตาย 7) สภาพทางอารมณ์ และ8) อัตราการเกิดโรคร่วมกับปัจจัยในการเกิดโรค




*ภาพ* 2

รูปแบบการจัดการอาการ

*Note.* From “Model for symptom management” , by Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., et al. (2001). *Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 668-676.

อาการเหนื่อยล้าถือว่าเป็นประสบการณ์อาการที่พบได้บ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยเป็นการรับรู้ด้วยตนเองของผู้ดูแลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก (subjective) หรือมีการแสดงอาการออกมาให้บุคคลอื่นสังเกตเห็น (objective) โดยความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย และความรุนแรงแตกต่างของอาการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาการเหนื่อยล้า (Piper, 1993; 2003)

เมื่อผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก จึงทำให้ผู้ดูแลต้องหากลวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าดังกล่าว เพื่อให้สามารถบรรเทา หรือหายจากอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น หรือเป็นการชลออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ซึ่งกลวิธีการจัดการนั้นอาจใช้เวลาเป็นระยะเวลานาน มีการเปลี่ยนแปลงวิธีต่าง ๆ หรือต้องทำบ่อย ๆ เพื่อให้ได้ผลตรงกับความต้องการ หรือเกิดความพอใจในวิธีการนั้น ๆ ซึ่งการจัดการกับอาการนั้นอาจเป็นการกระทำเพียงวิธีเดียว หรือมากกว่าหนึ่งวิธีก็ได้เพื่อให้ตนเองรู้สึกพอใจมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการอาการเหนื่อยล้า การจัดการความปวด การจัดการความซึมเศร้า และการจัดการความเครียด สามารถใช้แทนกันได้เนื่องจากมีกลไกการทำงานที่มีลักษณะคล้ายกัน (Piper, 1993; 2003) และเป็นกลุ่มประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่เป็นสาเหตุให้เกิดความทุกข์ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม ความรู้สึก และสติปัญญา ซึ่งมีลักษณะเหมือนอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการศึกษาการจัดการกับอาการต่าง ๆ ด้วยตนเองของผู้ป่วย หรือการดูแลตนเองของผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Piper, 1993; 1997) ซึ่งการจัดการอาการเหนื่อยล้าสามารถแบ่งได้ 2 วิธี คือ การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการใช้ยา และการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช้ยา (Piper, 1993; 2003) ดังนี้

1. การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการใช้ยา การใช้ยาในการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนั้น พบว่าในปัจจุบันได้มีการนำมาใช้อย่างมากมาย เพื่อลดระดับอาการเหนื่อยล้า เช่น การใช้ยาในกลุ่มลดความวิตกกังวล (antidepressant) เพื่อช่วยแก้ความวิตกกังวล คลายเครียด คลายกล้ามเนื้อ หรือถ้ารับประทานในปริมาณขนาดสูง จะกดสมอง ช่วยทำให้นอนหลับพักผ่อนได้ (สุรเกียรติ, 2544) ยาในกลุ่มโรคต่าง ๆ ที่มีอาการเหนื่อยล้า เช่น อะมานติดีน (Amantidide) ที่ใช้บรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคมัลติเปิล สเคอโรซีส (multiple sclerosis) หรือยานอนหลับเพื่อช่วยในการพักผ่อนให้มากขึ้น เช่น ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนส์ (benzodiazepines) พีโมลีน (pemoline) อะมีทริปที่ลีน ไฮโดรคลอไรด์ (amitriptyline hydrochloride) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการได้รับยาพวกวิตามิน (Corless et al., 2002) ก็เป็นการช่วยลดอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากวิตามินถือเป็นสารอาหารชนิดหนึ่งที่ร่างกายต้องการและมีความสำคัญในการช่วยให้

กระบวนการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและการเผาผลาญสารอาหารให้เป็นไปอย่างปกติ (เรวดี, 2542) ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการจัดการโดยการใช้ยาในระดับมาก เนื่องจากได้ผลทันที (รพีพรรณ, 2542; อนงค์, ขนิษฐา, และช่อลดา, 2546)

2. การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยวิธีอื่น ๆ ที่ไม่ใช้ยา

2.1 นอนหลับพักผ่อน ถือว่าเป็นรูปแบบที่มีอิทธิพลสำคัญอย่างมากในการเกิดอาการเหนื่อยล้า เนื่องจากการนอนหลับที่เพียงพอจะมีความสำคัญต่อร่างกายในการเก็บรักษา พลังงาน และมีการสะสมพลังงาน และนำไปซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อสมอง และระบบประสาทได้พัก เป็นการฟื้นฟูสุขภาพ หากการนอนหลับไม่เพียงพอตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป รวมถึงขาดการพักผ่อนนอนหลับในเวลากลางคืน จะทำให้ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ไม่มีประสิทธิภาพในการสร้างเอ ที พี (ATP) ขาดการสร้างพลังงาน (สุดประนอม, 2546; เสาวนีย์, 2541; Piper, 1993; 1997) อันเป็นสาเหตุให้ร่างกายเกิดอาการเหนื่อยล้าได้ ดังการศึกษาที่ผ่านมา เรื่อง อิทธิพลของแบบแผนการนอนหลับ และแบบแผนกิจกรรมในผู้หญิงที่เป็นเอช ไอ วี/เอดส์ ต่ออาการเหนื่อยล้า โดยมีการประเมินการนอนหลับและการประเมินการทำกิจกรรม การวัดเวลานอนทั้งหมด จำนวนครั้งที่ตื่น ประสิทธิภาพการนอนหลับ ระดับกิจกรรมในเวลากลางวัน จังหวะการมีกิจกรรมตลอดทั้ง 24 ชั่วโมง การงีบหลับ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการนอนหลับในเวลากลางคืนเฉลี่ย 6.5 ชั่วโมง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้าในระดับสูงเนื่องจากนอนหลับยาก ตื่นนอนในเวลากลางคืนบ่อย ไม่มีรูปแบบการทำกิจกรรมที่เหมาะสมในเวลากลางวัน ซึ่งสาเหตุดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าตามมา (Lee, Portillo & Miramontes, 2001) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการนอนหลับเป็นการเยียวยาความเหนื่อยเพลียเมื่อยล้าที่ดีที่สุด (เสาวนีย์, 2541)

2.2 ออกกำลังกาย/ทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีส่วนทำให้สุขภาพดี (ถนอมขวัญ, 2541) และประโยชน์ต่อร่างกาย โดยทำให้อวัยวะต่าง ๆ เช่น กล้ามเนื้อ หัวใจ ปอด ทำงานได้ดีขึ้น และแข็งแรงมากขึ้น และมีการเสื่อมสภาพที่ช้าลง รวมถึงช่วยลดภาวะเครียด (วันเพ็ญ, 2540) แต่การมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายโดยใช้แรงเป็นระยะเวลานานหรือมากเกินไป จะทำให้กล้ามเนื้อมีการทำงานที่ต่อเนื่องนานเกินไป ส่งผลให้มีการสะสมของกรดแลคติก ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สูญเสียพลังงาน ความแข็งแรงในการหดรัดตัวของกล้ามเนื้อลดลง หรือสูญเสียการหดตัวที่ดีของกล้ามเนื้อ ดังนั้นจึงควรมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายให้เหมาะสม เพื่อช่วยในการรักษาพลังงานของร่างกาย โดยเป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่อย่างต่อเนื่องเกิน 2 นาที และเป็นระบบที่ต้องใช้ออกซิเจน และถ้าต้องการให้เกิดผลดีต่อหัวใจ และปอด จะต้องใช้เวลาในการออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที (วันเพ็ญ, 2540) ดังการศึกษา เรื่องการบำบัดโดยการออกกำลังกายในอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง พบว่า ในกลุ่มควบคุม

ที่ได้รับการบำบัดโดยการออกกำลังกายมาเป็นระยะเวลา 12 อาทิตย์ จะมีระดับอาการเหนื่อยล้าลดลง เนื่องจากมีการช่วยให้กล้ามเนื้อร่างกายทำงานดีขึ้น (Edmonds, Mc Guire & Price, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การออกกำลังกายสามารถช่วยลดอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น (Dol & Kim, 2005)

2.3 การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เนื่องจากอาหารมีความสำคัญต่อกระบวนการเผาผลาญ การสร้างพลังงานและการซ่อมแซมเนื้อเยื่อของร่างกาย เป็นการเพิ่มปริมาณของออกซิเจนในการหล่อเลี้ยงเซลล์ทั่วร่างกาย ดังนั้นอาหารจึงสามารถบำบัดรักษาชีวิตได้ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (มนตรี, 2545; สุรางค์รัตน์, 2541; Hickey, 2003) ดังการศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการเหนื่อยล้า พบว่า การที่ผู้ป่วยมีการส่งเสริมการดูแลตนเองให้มากขึ้น โดยมีการรับประทานวิตามิน การรับประทานอาหารเป็นหลัก เพื่อช่วยให้ร่างกายได้รับพลังงานอย่างเพียงพอ (Corless et al., 2002)

2.4 เบี่ยงเบนความสนใจหรือมีกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เป็นวิธีการที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสนใจในเรื่องอื่นที่น่าสนใจมากกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ทำเช่น การฟังเพลง/ดนตรีบำบัด หรือการทำสมาธิ เป็นต้น การฟังเพลง/ดนตรีบำบัด ช่วยให้มีการเพิ่มองศาของการเคลื่อนไหว ทำให้มีกำลังมากขึ้น ช่วยให้ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบกล้ามเนื้อ และสภาพจิตใจ ให้มีการทำงานเป็นระบบมากขึ้น ทำให้สมองหลั่งสารแห่งความสุข ช่วยบรรเทาความเจ็บปวด ฝึกในเรื่องการรับรู้ทางสติปัญญา อารมณ์ มีสติ หรือนำมาใช้ในการคลายเครียด ลดความวิตกกังวล (จีรวรรณ, 2544; เสาวนีย์, 2541) ส่วนการทำสมาธิ จะช่วยให้บรรลุสภาวะที่สงบนิ่งในระดับลึกขณะที่ตื่นอยู่ ส่งผลให้ร่างกายได้มีการพัก ต้องการออกซิเจนลดลง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ช่วยให้กล้ามเนื้อได้มีการผ่อนคลาย (ประนอม, 2542) หรืออาจกล่าวได้ว่าการทำสมาธินั้นเป็นการหันเหความเอาใจใส่ไปสู่แง่มุมที่กระจ่างชัดของธรรมชาติภายในตัวเราเอง ซึ่งมีประโยชน์ในการเกิดความสุขสบายทั้งด้านของสรีระและจิตวิยาของบุคคล เพราะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติมีการตอบสนอง ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกายอัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง อัตราการหายใจและการเต้นของหัวใจลดลง ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และเป็นการทำให้คลื่นสมองอยู่ในระยะอัลฟา (alpha) ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้เกิดความคิด ความสำนึก ซึ่งช่วยในการรักษาอาการไม่พึงพอใจที่เกิดขึ้นต่อจิตใจ และอารมณ์ โดยเฉพาะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้เกิดความสงบและความมั่นคงทางจิตใจ (เพ็ญนภา, 2547; ไพลิน, 2540; สุวิชญ์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรนุช (2544) เรื่องแบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการการพึ่งพาของ ผู้สูงอายุตอนปลาย โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมักมีความเครียดและมีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยมีการใช้สมาธิหรือวิธีการผ่อนคลายปฏิบัติเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจมากที่สุด ร้อยละ 27.4

นอกจากนั้นอภิรดี (2547) ศึกษา การสำรวจอาการที่พบบ่อยและการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 354 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการจัดการกับอาการของโรคมะเร็งโดยมีการใช้วิธีการผ่อนคลายอื่น ๆ คือ อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ พักผ่อน นอนหลับ ซึ่งการจัดการกับอาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ

2.6 มีความรู้ในเรื่องอาการเหนื่อยล้า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นหรือการมีความรู้ในเรื่องของอาการ สามารถช่วยลดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวลได้ ดังการศึกษา เรื่องการจัดการอาการเหนื่อยล้า อาการปวด ความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุ พบว่า การจัดการอาการที่ได้ผลดีที่สุด คือ การที่ต้องให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับอาการก่อน (Rao & Cohen, 2004)

2.7 ใช้โปรแกรมทางด้านจิตใจ ได้แก่ การใช้จิตบำบัด (Piper, 1993) หรืออาจเรียกว่า ไพรมอล เธอราพี (Primal Therapy) คือเป็นวิธีการที่กักเก็บความเจ็บปวดเอาไว้ เพื่อจัดการในอนาคต หรือหลังจากนั้นมีการปลดปล่อยความรู้สึกอัดอั้นเอาไว้ออกมา ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ที่ใช้การบำบัดโดยวิธีนี้สามารถกำจัดอาการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตได้ เนื่องจากจะทำให้การทำงานของร่างกายที่สำคัญ มีการทำงานได้ดีขึ้น เช่น ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต เป็นต้น (สุวิชญ์, 2541)

2.8 นวด การนวดเป็นวิธีการหนึ่งที่มีผลทั้งต่อร่างกายและจิตใจ เป็นการบำบัดรักษาสาขาหนึ่งของการสัมผัสบำบัด (touch therapy) (นุจรี, 2541) โดยการนวดจะเป็นการช่วยเพิ่มหมุนเวียนของโลหิตและน้ำเหลือง ทำให้มีออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อเพิ่มมากขึ้น ช่วยขจัดผลิตภัณฑ์ที่เป็นของเสียอันเกิดจากการเผาผลาญอาหาร เพื่อหล่อเลี้ยงร่างกาย รวมทั้งมีการกำจัดสารพิษอื่น ๆ ออกไปจากร่างกาย ช่วยสร้างการผ่อนคลาย และลดความเครียด ความปวด รวมถึงเป็นการช่วยให้โลหิตเคลื่อนย้ายกลับไปสู่หัวใจสำหรับคนที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ ซึ่งการนวดนอกจากใช้บำบัดแล้ว ยังสามารถใช้เพื่อช่วยให้ร่างกายรู้สึกสบาย และผ่อนคลาย ส่งผลให้จิตใจสบาย และมีสุขภาพจิตที่ดี (นุจรี, 2541; เพ็ญนภา, 2547; สุวิชญ์, 2541)

2.9 อื่น ๆ เช่น การเพิ่มเวลาหรือให้เวลาสำหรับดูแลตนเองให้มากขึ้น คุยกับเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อเป็นการระบายความรู้สึก หรือเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อ่านหนังสือ คิดในเรื่องที่เพลิดเพลิน (Piper, 1993; Pittsburgh, 1999) ก็เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ในแต่ละบุคคลจะมีการจัดการกับอาการที่แตกต่างกัน เนื่องจากมีประสบการณ์อาการที่แตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลในการประเมินอาการ ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์อาการตามการรับรู้ ประเมินและตอบสนองต่ออาการ และการจัดการอาการนั้น

เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อบรรเทา หรือแก้ไขอาการ โดยเลือกใช้วิธีการจัดการตามพื้นฐานความเชื่อของตนเอง เพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังการศึกษา เรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้ใหญ่ในอำเภอกระแสสินธุ์ จังหวัดสงขลา พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการประเมินระดับความรุนแรง และเลือกวิธีเยียวยารักษาตนเองก่อน ซึ่งจะเป็นวิธีที่เป็นไปตามการรับรู้ระดับความรุนแรงของผู้ให้ข้อมูลต่อความเจ็บป่วย โดยจะเปลี่ยนวิธีเยียวยารักษาตนเองไปเรื่อย ๆ ตามที่เชื่อว่าจะทำให้ความเจ็บป่วยนั้นหายไปได้ (จิตตินันท์ และคณะ, 2543)

*ปัจจัยที่มีผลต่ออาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยที่สำคัญ (Piper, 2003) มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญมาก เพราะการรักษาดุลยภาพของร่างกาย และจิตใจ ย่อมขึ้นอยู่กับมาตรฐานชีวิตของแต่ละบุคคล (พัชร, สุนีรัตน์, และบังอร, 2540) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก ทำให้ผู้ดูแลนั้นมีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลดีขึ้น (ฟาริดา, 2539) แต่พบว่าถ้าผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นอาจมีความเสื่อมตามสภาพวัย ทำให้อวัยวะในร่างกายเสื่อมลง ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อลดความทนต่อกิจกรรมลดลง อันนำไปสู่การเกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (Piper, 2003)

2. ปัจจัยด้านสุขภาพหรือความเจ็บป่วย

2.1 ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ดูแล อาการเหนื่อยล้าสามารถเกิดร่วมกับโรคต่างๆ ได้ไม่ว่าจะเป็นโรคที่เกิดขึ้นเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เพราะเมื่อร่างกายเกิดพยาธิสภาพอาจทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหารและมีการดึงเอาพลังงานสะสมมาใช้มากขึ้น เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติ ซึ่งขบวนการดังกล่าวทำให้มีการสะสมของเสียมากขึ้น ทำให้ร่างกายมีการสูญเสียพลังงานจากการมีเมตาโบลิซึมเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้การนำออกซิเจนเข้าสู่เซลล์น้อยลง ซึ่งส่งผลทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและพลังงานสะสมในกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น เช่น ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น และนอกจากนี้ยังพบว่าการแสดงทางกายรุนแรงขึ้นหรือระยะของโรคที่รุนแรงขึ้นจะทำให้อาการเหนื่อยล้ารุนแรงขึ้น หรือการจัดการ

กับอาการที่เกิดจากโรค หรือการรักษา หรือการได้รับยาบางชนิด เช่น ยานอนหลับ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมาได้ (Piper, 2003)

2.2 สภาพจิตใจของผู้ดูแล เช่น ความเครียด การตอบสนองต่อความเครียด ความซึมเศร้า กระวนกระวายใจ ความเบื่อหน่าย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ เนื่องจากเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกเหน็ดเหนื่อยไม่มีวันสิ้นสุด เพราะในภาวะดังกล่าวร่างกายจะตอบสนองโดยการกระตุ้นประสาทซิมพาเธติค ต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า และต่อมหมวกไตส่วนใน ทำให้มีการเผาผลาญสูงขึ้น มีการสลายของไขมันและกรดอะมิโนจากกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น จากภาวะดังกล่าวร่างกายจะนำพลังงานสะสมมาใช้ ซึ่งจะนำไปสู่อาการเหนื่อยล้าได้ รวมถึงสภาพเหตุการณ์ในชีวิตซึ่งการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การอยู่ในระยะหัวเลี้ยวหัวต่อ การอยู่ในช่วงเวลาวิกฤตของชีวิตอาจส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด ส่งผลให้ร่างกายใช้พลังงานมากขึ้น อันนำไปสู่การเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ระดับความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับอาการเหนื่อยล้า (Lim, Hong, Nelesen & Dimsdale, 2005)

2.3 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จากการที่ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย ดังการศึกษาที่พบว่า เมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย อันเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย (Albert, Im, Brenner, Smith & Waxman, 2002)

2.4 จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน จากการที่ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาในการพักผ่อนน้อยลง ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ง่าย ดังการศึกษาของกัญญารัตน์ (2539) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่า จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า จำนวนชั่วโมงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Jensen & Given, 1991) และการศึกษาของมิทเนอร์ และฟิชเชอร์ (2001) ที่พบว่าการที่ทำงาน 12 ชั่วโมงขึ้นไป เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอาการเหนื่อยล้า

2.5 ระดับความพิการของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะที่รุนแรง มักมีระดับความพิการหลงเหลือรุนแรง ทำให้เป็นภาระต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูระยะยาว และไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจกล่าวได้ว่าระดับความพิการเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น ยิ่งผู้ป่วยมีความพิการมาก

เท่าไร ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังการศึกษาของสุรีรัตน์ (2541) เรื่องความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของผู้ดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ถ้าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและสติปัญญาหรือระดับความพิการของผู้ป่วย มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ให้การดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในแต่ละวันในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (นันทพร, 2545; สายพิณ, 2536)

3. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมสภาพแวดล้อม

3.1 สภาพแวดล้อม การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น การอยู่ในสถานที่ที่มีเสียงดังมากเกินไป หรือแสงสว่างมากเกินไป หรือในสภาพแวดล้อมที่ร้อนจัด เป็นต้น ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีผลให้การส่งกระแสประสาทของใยประสาทถูกรบกวน ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา (Piper, 2003)

3.2 สัมพันธภาพของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การมีความสัมพันธ์ที่ดีของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากบทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อบุคคลในครอบครัวแตกต่างกัน ทำให้ความรับผิดชอบของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกันด้วย แต่ถ้าผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ดูแลสนใจ เอาใจใส่ มีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นสมาชิกภายในครอบครัวผู้ป่วย มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดทางสายเลือดกับผู้ป่วย (ขวัญตา และศิริวรรณ, 2546; จอม, 2541; สุทธิชัย, 2547) ดังการศึกษาของยุพดี (2544) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้สูงอายุกับระดับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลเขตบางรัก พบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย เนื่องจากการที่ผู้ดูแลมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและคอยดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยได้มากขึ้น

3.3 การสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลง ดังการศึกษาของกัญญารัตน์ (2539) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่า แรงสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของดาริกา (2542) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วย กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ไขสัน

หลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากมีผลให้อาการเหนื่อยล้าในการดูแลลดลง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเกิดอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าในแต่ละบุคคลนั้น อาจมีความแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้า โดยบางครั้งผู้ดูแลอาจมีปัจจัยการเกิดอาการเหนื่อยล้าเพียงปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยก็ได้ และจากแนวคิดปัจจัยการเกิดอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ แล้ว พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีปัจจัยหลายอย่างในการเกิดอาการเหนื่อยล้า เช่น ปัจจัยการทำกิจกรรมและการพักผ่อน สภาพจิตใจ อันได้แก่ การเกิดความเครียด เบื่อหน่าย เป็นต้น ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่าง ๆ ส่งผลต่ออาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้

*สรุป*

การได้รับการบาดเจ็บศีรษะถือว่าเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เนื่องจากบุคคลคงอยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือความพิการ ซึ่งผลกระทบจากการเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลอย่างมากทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยคงเหลือความพิการในระดับรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ต้องคอยพึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ดูแลถือว่าเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งต้องคอยให้การดูแลผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเมื่อผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีเวลาพักผ่อนหรือรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เนื่องจากสูญเสียเวลาไปกับการดูแลผู้ป่วย รู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระที่ต้องคอยดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้าได้ ถ้าผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าเป็นระยะเวลานานโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม สติปัญญา เช่น มีการเจ็บป่วย ไม่สนใจต่อสิ่งรอบข้าง สมาธิสั้น มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลงเป็นต้น ทำให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่ำลง ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องหาวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าเพื่อให้หาย บรรเทา หรือชะลออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยผู้ดูแลจะมีการประเมินและเลือกใช้วิธีการจัดการตามพื้นฐานความเชื่อของตนเอง ซึ่งอาจใช้วิธีการที่หลากหลายในการจัดการอาการ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการอาการเหนื่อยล้ามี 2 วิธี คือ การจัดการโดยการใช้ยาและการจัดการโดยการไม่ใช้ยา เช่น พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย มีกิจกรรมผ่อนคลาย แต่พบว่ายังขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในบางประเด็นที่พบในกลุ่มผู้ดูแล เช่น การจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะขณะอยู่โรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและช่วยเหลือผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการเหนื่อยล้าให้สามารถควบคุมหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวได้ และเป็นการช่วยส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน