

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะถือว่าการเจ็บป่วยที่รุนแรงและพบได้บ่อยที่สุดในประเทศไทย จากการสำรวจสถิติพบว่า สาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะมีหลายสาเหตุ เช่น อุบัติเหตุจราจร ตกจากที่สูง ถูกทำร้ายร่างกายหรือโดนแรงกระแทก เป็นต้น และสาเหตุการบาดเจ็บศีรษะที่พบมากที่สุด คือ การได้รับอุบัติเหตุจราจรทางบกซึ่งในกลุ่มนี้เป็นจักรยานยนต์มากที่สุด (กองสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2546) จากสถิติในปี 2545 พบว่า การตายด้วยอุบัติเหตุและสารพิษเป็นการตายอันดับ 2 ในประเทศ โดยเป็นจำนวนประชากร 34,566 คน หรือเท่ากับ 55.3 ต่อประชากร 100,000 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) นอกจากนี้ยังพบว่าการบาดเจ็บศีรษะมักพบในกลุ่มอายุ 15-24 ปี (กองสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2546; Hudak, Gallo & Morton, 1998) หรืออาจกล่าวได้ว่า การบาดเจ็บศีรษะเป็นสาเหตุการตายและการเกิดความพิการที่สำคัญในวัยรุ่น หรือประชากรวัยเจริญพันธุ์ของประเทศ (สงวนสิน, 2546; Bavetta & Benjamin, 2002) จากการศึกษาในปี 1999 พบว่า การเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุทำให้เกิดความสูญเสียเป็นอย่างมากและเป็นการตายก่อนวัยอันสมควร โดยจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันสมควรมาจากการบาดเจ็บศีรษะด้วยอุบัติเหตุ (Years of Life Lost : YLL) พบในเพศชายร้อยละ 4.2 และในเพศหญิงร้อยละ 2.6 ต่อปี นอกจากนี้การสูญเสียจากการตายก่อนวัยอันสมควรแล้วยังพบว่า ผลของการบาดเจ็บศีรษะทำให้บุคคลเกิดความพิการ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบจำนวนปีที่ผู้ป่วยอยู่กับความพิการ (Years Lost due to Disability : YLD) พบว่า เกิดขึ้นในเพศชายร้อยละ 5 และในเพศหญิงร้อยละ 7 (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

การบาดเจ็บศีรษะถือเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่วิกฤต (Hudak et al., 1998) ต้องได้รับการช่วยเหลือและรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยการบาดเจ็บศีรษะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของสมองและจะมีอันตรายแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของการบาดเจ็บ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Barker & Blank-Rein, 2002; Brain Injury Association of America, 2004) ผู้ป่วยมักมีความพิการหรือความบกพร่องด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความบกพร่องทางด้านร่างกาย เช่น มีการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ความบกพร่องด้านการรับรู้สัมผัสและการรับรู้ เช่น ลืมง่าย สมาธิสั้น เป็นต้น ด้านการสื่อสาร รวมถึงมีความบกพร่องทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย มี

บุคลิกภาพ และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น ทักษะการเข้าสังคม การมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เป็นต้น (ฟาริดา, 2542; สงวนสิน, 2546; Brain Injury Association of America, 2004; Hickey, 2003) ซึ่งความบกพร่องดังกล่าวส่งผลให้เกิดอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมด ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และมีความต้องการการดูแลแบบพึ่งพาสูงขึ้น หรือต้องการการดูแลทดแทนทั้งหมด (ประณีต, แสงอรุณ, เนตรนภา, ปัทมา และกาญจนา, 2543) จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือพึ่งพาจากบุคคลอื่น ให้เข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมักทำให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา นานมากกว่า 1 สัปดาห์ (จาตุรงค์ และนครชัย, 2542; จารุวรรณ, 2544; รายงานประจำปี 2546 ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2546) ดังนั้นผู้ดูแล จึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลตั้งแต่ระยะแรก แต่จากการที่ผู้ป่วยยังหลงเหลือรอยโรค สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลต้อง คอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยและ จำเป็นต้องผละจากงานประจำที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น (Edwards & Ung, 2002) ผู้ดูแลมักไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลายอย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยเป็นเหตุให้รับรู้ว่าคุณเองมี บทบาทมากเกินไป ก่อให้เกิดความเครียดในบทบาทของผู้ดูแล (ฟาริดา, 2539; ยุพดี, 2544; William, 1994) ซึ่งสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย (Matthis, 1991; Piper, 1993)

อาการเหนื่อยล้า (fatigue) เป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก และอย่างไม่มีที่ สิ้นสุด เป็นความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือเป็นความรู้สึก ส่วนบุคคลที่รู้สึกเหนื่อยจนหมดกำลังต่อทุกสภาวะ เป็นอาการแสดงของความไม่พึงพอใจ รบกวน ความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติ (Piper, 1993; 1997; 2003; Ream & Richardson, 1996) ในผู้ที่มีสุขภาพดีอาการเหนื่อยล้าถือเป็นกระบวนการป้องกันหรือควบคุมที่มี ต่อความเครียดทางกายและจิต ดังนั้นอาการเหนื่อยล้าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเอง กลไกการจัดการแก้ปัญหา ความสุขทางอารมณ์ (บรรจง, 2542) แต่จากการที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประกอบกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ขาดพลังงาน จนทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับ

ผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Piper, 1993; 1997; Ream & Richardson, 1996) ทำให้การทำหน้าที่บทบาทการเป็นผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทางลบ ทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องหาวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าเพื่อให้หาย บรรเทา หรือชะลออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น (Piper, 1997)

การจัดการอาการเหนื่อยล้าขึ้นอยู่กับความรู้ประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้น การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ซึ่งการมีประสบการณ์อาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ส่งผลต่อการจัดการอาการที่แตกต่างกัน (Dodd et al., 2001) การจัดการอาการเป็นกระบวนการต่อเนื่อง สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาจนกว่าบุคคลจะพึงพอใจ ดังนั้นการจัดการอาการเหนื่อยล้า จึงเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองที่ผู้ดูแลต้องกระทำเพื่อป้องกัน แก้ไข บรรเทา หรือควบคุมอาการ เหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยผู้ดูแลจะมีการประเมินและเลือกใช้วิธีการจัดการตามพื้นฐานความเชื่อของตนเอง และอาจใช้การจัดการหรือวิธีการที่หลากหลายในการจัดการอาการ (Dodd et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการเหนื่อยล้าหลายวิธี เช่น เพิ่มเวลาสำหรับดูแลตนเองให้มากขึ้น เพื่อลดระดับความเครียดอันเป็นสาเหตุให้เกิดอาการเหนื่อยล้า พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย ฟังเพลง ใช้เวลาในการทำกิจกรรมลดลง คุยกับเพื่อน (Pittsburgh, 1999) หรือการใช้ยา เบี่ยงเบนความสนใจ ผ่อนคลายอารมณ์ รวมถึงการส่งเสริมทางด้านโภชนาการ ก็เป็นการจัดการอย่างหนึ่งที่ช่วยลดอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ (Piper, 1997; 2003)

ผู้ดูแลถือว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง จึงมีผู้สนใจศึกษาผู้ดูแลมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีการพึ่งพาหรือการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น โดยเป็นการศึกษาในภาพรวมเกี่ยวกับภาระหน้าที่ของผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแล ผลกระทบของผู้ดูแล เป็นต้น (เพ็ญลดา, 2539; สถิต, 2542; สมฤดี, 2541; อรุษา, 2539) และเป็นการดูแลผู้ป่วยขณะพักฟื้นที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ (จินตนา, 2540; นันทพร, 2545; สุดศิริ, 2541; สุรรัตน์, 2541) ซึ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่ามีการศึกษาเพียงเล็กน้อย และเป็นการศึกษาในอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น (กัญญารัตน์, 2539) แต่ยังไม่ขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในบางประเด็นที่พบในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ดังเช่นการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รวมถึงยังขาดการศึกษาในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาตัวภายในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาานาน และผู้ดูแลต้องเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัย

จึงมีความสนใจที่จะศึกษาระดับอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและช่วยเหลือผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอาการเหนื่อยล้าให้สามารถควบคุมหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้าดังกล่าวได้ และเป็นการช่วยส่งเสริมบทบาทผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. ระดับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ลักษณะอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
3. การจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

#### คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการเหนื่อยล้าอยู่ในระดับใด
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมีลักษณะอาการเหนื่อยล้าอย่างไร
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลมีการจัดการอาการเหนื่อยล้าอย่างไร

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอาการเหนื่อยล้า และการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่งในเขตภาคใต้

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อาศัยกรอบแนวคิดการจัดการอาการ (Model for symptom management) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) และแนวคิดอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper, 1991; 2003; Piper et al., 1998) เป็นแนวทางในการศึกษา

ดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) ได้สร้างแบบจำลองการจัดการอาการ ที่กล่าวว่า อาการ เป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคล ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ ความทุกข์ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม แบบจำลองการจัดการอาการ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบที่เป็นพลวัตร่วมกัน คือ 1) ประสบการณ์อาการ (symptom experience) 2) กลวิธีการจัดการ (symptom management strategies) 3) ผลลัพธ์ (outcomes) ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบจะมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (person domain) ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (health and illness domain) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment domain) ดังนี้

1) ประสบการณ์อาการ (symptom experience) เป็นการที่บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับอาการ (perception of symptom) ประเมินอาการ (evaluation of symptom) และมีการตอบสนองต่ออาการ (response of symptom) โดยแต่ละกระบวนการจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

2) กลวิธีการจัดการ (symptom management strategies) เป็นกระบวนการที่ไม่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงตามการรับรู้ของผู้ป่วย หรือมีการเปลี่ยนแปลงวิธีต่าง ๆ จนกว่าบุคคลจะพึงพอใจ ซึ่งอาจใช้ระยะเวลาหรือต้องทำบ่อย ๆ เพื่อให้ได้ตรงกับความต้องการ โดยรูปแบบการจัดการจะประกอบด้วย ใครเป็นคนจัดการ วิธีการจัดการที่ใช้คืออะไร ใช้อย่างไร จัดการเมื่อไร ที่ไหน ทำไม่

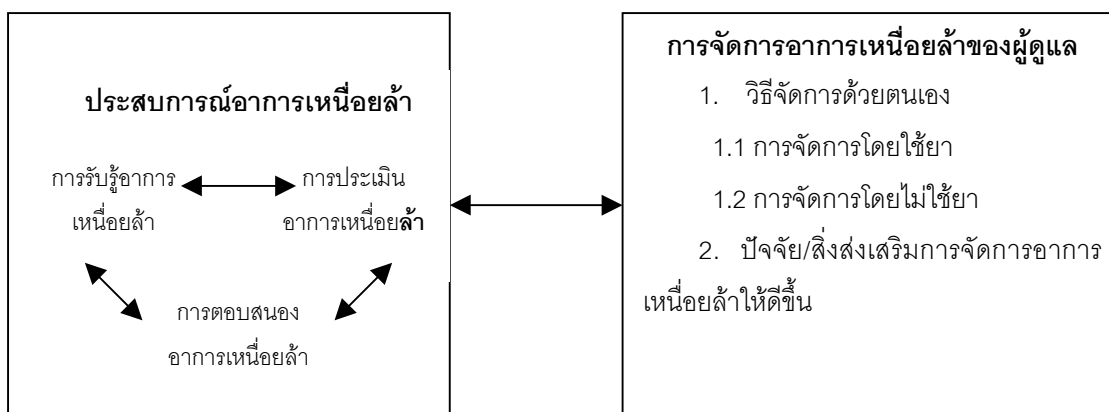
3) ผลลัพธ์ (outcomes) เป็นการรับรู้ผลลัพธ์จากการใช้ประสบการณ์อาการและกลวิธีการจัดการ โดยมีปัจจัยที่บ่งบอกถึงผลลัพธ์ทั้งสิ้น 8 ประการ ได้แก่ ภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย สภาพอาการ การดูแลตนเอง ค่าใช้จ่าย คุณภาพชีวิต อัตราการตาย สภาพทางอารมณ์ และอัตราการเกิดโรคร่วมกับปัจจัยในการเกิดโรค

ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้อาศัยแนวคิดอาการเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper, 1991; 1997; 2003; Piper et al., 1998) มาใช้เป็นแนวทางในการประเมินประสบการณ์อาการเหนื่อยล้า โดยไปเปอร์ ได้กล่าวว่า อาการเหนื่อยล้าเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อยอ่อนเพลียเป็นอย่างมาก โดยบุคคลมีการรับรู้ประสบการณ์อาการเหนื่อยล้าด้วยตนเอง หรือมีการแสดงออกมาให้บุคคลอื่นเห็น ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการจำแนกออกตามกรอบแนวคิดการจัดการอาการ เพื่อให้มีความชัดเจนขึ้น โดยในส่วนของ การรับรู้อาการ คือ การที่ผู้ดูแลมีการอธิบายถึงลักษณะ

อาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ ได้ใช้ตามกรอบแนวคิดของไปเปอร์ ซึ่งได้แบ่งอย่างครอบคลุม ออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง (behavioral/severity) เป็นการรับรู้ว่าการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมาจากปฏิกิริยาภายในร่างกาย โดยอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวของร่างกาย
2. ด้านความคิดเห็นหรือเจตคติ (affective meaning) เป็นการรับรู้ว่าการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมาจากปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ โดยอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความคิดเห็นหรือเจตคติ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ว่าการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นส่งผลในทางลบ
3. ด้านความรู้สึก (sensory) เป็นการรับรู้ว่าการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นว่ามีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เป็นความรู้สึกถึงการที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น
4. ด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ (cognitive/mood) เป็นการรับรู้ว่าการเหนื่อยล้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญา ความคิดหรืออารมณ์ รบกวนความสามารถในด้านสติปัญญา หรือการเรียนรู้

จากแนวคิดดังกล่าว อาการเหนื่อยล้า ถือเป็นประสบการณ์อาการที่พบได้บ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยเป็นการรับรู้ด้วยตนเองของผู้ดูแลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก หรือมีการแสดงอาการออกมาให้บุคคลอื่นสังเกตเห็น โดยความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย โดยผู้ดูแลมีการรับรู้อาการ ประเมินอาการ และตอบสนองต่ออาการที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์อาการ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อด้านต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และเมื่อผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นผู้ดูแลต้องหาการจัดการอาการเหนื่อยล้าดังกล่าว เพื่อให้สามารถบรรเทาหรือหายจากอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น หรือเป็นการชะลออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น อันนำไปสู่ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแล ซึ่งการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่นั้นอาจใช้เวลาเป็นระยะเวลานานหรือต้องทำบ่อย ๆ เพื่อให้ได้ผลตรงกับความต้องการของผู้ดูแล และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดการอาการเหนื่อยล้าสามารถแบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ 1) การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยใช้ยา และ 2) การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา เช่น การนอนหลับ/การพักผ่อน การออกกำลังกาย/ทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เบี่ยงเบนความสนใจ มีกิจกรรมผ่อนคลาย ใช้โปรแกรมทางด้านจิตใจ นวด และอื่น ๆ เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอาเฉพาะในส่วนของประสบการณ์การมีอาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยใช้แนวคิดของไปเปอร์ และการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น (ดังภาพ 1)



ภาพ 1

รูปแบบจำลองกรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

#### นิยามศัพท์

**ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2** หมายถึง ผู้ที่ได้รับรายงานต่อเบาหวาน หรือได้รับการบาดเจ็บใดๆ ที่มีต่อหนังเบาหวาน กระโหลกเบาหวาน และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกระโหลกเบาหวาน

**ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2** หมายถึง บุคคลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยโดยเป็นสมาชิกในครอบครัว อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันหรือต่างครัวเรือนแต่อยู่ในบริเวณเดียวกันกับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา บุตร พี่น้อง คู่สมรส โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน

**อาการหอบเหนื่อยลำของผู้ดูแล** หมายถึง ประสบการณ์อาการของผู้ดูแลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก ซึ่งความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย และความรุนแรงแตกต่างกัน โดยผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินอาการ และตอบสนองต่ออาการที่ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรม/ความรุนแรง ด้านความคิดเห็น/เจตคติ ด้านความรู้สึก และด้านสติปัญญาหรืออารมณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการแปลและดัดแปลงจากแบบประเมินอาการหอบเหนื่อยลำของไปเปอร์และคณะ (Piper et al., 1998) เป็นแนวทางในการศึกษา นอกจากนี้ยังรวมถึงลักษณะอาการหอบเหนื่อยลำของผู้ดูแล ซึ่งเป็นประสบการณ์อาการที่ผู้ดูแลมีการรับรู้และให้ความหมายว่าเป็นอาการหอบเหนื่อยลำที่เกิดขึ้นขณะให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมเนื้อหาในส่วนของประสบการณ์อาการตามกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วยคำถามหลักคือ เมื่อมีอาการหอบเหนื่อยลำเกิดขึ้น มีลักษณะอย่างไร

การจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแล หมายถึง ประสบการณ์หรือวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลที่ใช้เพื่อแก้ไข บรรเทา หรือควบคุมอาการเหนื่อยล้าของตนเองและป้องกันไม่ให้เกิดอาการเหนื่อยล้าขึ้น โดยในการศึกษาค้างนี้ใช้แบบคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมเนื้อหาการจัดการอาการตามกรอบแนวคิดของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) เป็นแนวทางในการศึกษาซึ่งประกอบด้วยคำถามหลัก คือ มีการจัดการอย่างไร (มีวิธีอะไรบ้าง แต่ละวิธีทำอย่างไรทำบ่อยเพียงไร ใช้เวลาในการจัดการเท่าไร สถานที่ที่ใช้ในการจัดการ และเหตุผลที่ใช้การจัดการดังกล่าว) และปัจจัย/สิ่งส่งเสริมการจัดการอาการเหนื่อยล้าให้ดีขึ้น

#### ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน และวางแผนการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล
2. เป็นแนวทางสำหรับเตรียมพยาบาลในการให้คำแนะนำผู้ดูแลในการจัดการอาการเหนื่อยล้าให้เหมาะสม และเพื่อช่วยให้จัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ