

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน

The Effect of Symptom Management Program on Fatigue among Caregivers of Disabled at Home

จิราณวัฒน์ ชาญสูงเนิน¹ และพรณปพร ชุนหบดี¹

Jiranuwat Chansungnoen¹ and Punpaphon Chunhabordee¹

¹สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Department of Community Health Nursing Boromarajonani College of Nursing, Trang,

Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Received: July 1, 2022

Revised: September 21, 2022

Accepted: September 28, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้พิการติดเตียงที่บ้าน จำนวน 44 คน เป็นกลุ่มควบคุม 22 คน กลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการดูแล ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล (2) การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ (3) การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน และ (4) การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้าน และแบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้าน ที่พัฒนาขึ้นจากแบบวัด Piper Fatigue Mode (Piper et al., 1998) ซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้พิการที่บ้าน ความเหนื่อยล้า โปรแกรมการจัดการกับอาการ

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to compare the effect of a symptom management program on fatigue among caregivers of the disabled at home. The sample group covered 44 main caregivers, separated into 22 cases for the control group and another 22 cases for the experiment group. The control group received routine care. The experimental group was given a symptom management practice program as well as care. The program was developed based on the symptom management model of Dodd et al. (2001), which included 4 stages: (1) symptom experience assessment; (2) potential development of symptom management; (3) self-management at home; and (4) evaluation. The instruments were a demographic data sheet and fatigue questionnaire (developed from Piper Fatigue Mode (Piper et al., 1998). The fatigue questionnaire had a Cronbach's alpha coefficient of .94 when tested for reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-tests, and independent t-tests. The results suggested that the fatigue score of the experimental group after the end of a 4-week and an 8-week program was less than that before receiving the program, with statistical significance .05. The fatigue scores of the experimental group after the end of the 4-week and 8-week programs were lower than those of the control group with statistical significance .05.

Keywords: caregivers of disabled at home, fatigue, symptom management program



บทนำ

ความพิการเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย ปัจจุบันพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ซึ่งทั่วโลกมีคนพิการมากกว่า 1,000 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 15 ของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากประชากรมีอายุที่ยืนยาวและมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทยพบว่า ในปี 2562 2563 และ 2564 พบผู้พิการร้อยละ 3.12 3.18 และ 3.19 ของประชากรทั้งประเทศ ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ร้อยละ 49.73 50.17 และ 50.30 ตามลำดับ (Department of Empowerment of Persons with Disabilities, 2022)

สาเหตุของความพิการส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุและเกิดจากโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อมระยะสุดท้าย และจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น (Kanthamalee, Wongsaree & Phanchana, 2019) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมี

ความบกพร่องด้านร่างกาย เช่น อากาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สูญเสียความสามารถในการทรงตัว และทางด้านจิตใจ เช่น มีความบกพร่องทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้มีการสูญเสียความสามารถในระดับรุนแรง นอนอยู่แต่บนเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต ทำให้ไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการของตนเองได้ ส่งผลให้ผู้พิการมีความต้องการการดูแลแบบพึ่งพาสูงขึ้น หรือต้องการการดูแลทั้งหมด (Chueluecha, 2012) จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวต้องมาทำหน้าที่ดูแล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตร พี่หรือน้อง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ต้องมารับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นบทบาทที่ไม่ได้คาดหวังมาก่อน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ให้การดูแลโดยลำพัง โดยให้การดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง สิ่งเหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญ

อยู่ตลอดเวลา ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ เกิดความเหนื่อยล้า (Chansungnoen, Maneechote & Sawatdee, 2017; Khiewchaum, 2016)

ความเหนื่อยล้า นั้น เป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย ขาดพลังงานจนหมดแรง โดยความเหนื่อยล้าอาจมีสาเหตุมาจากทางด้านร่างกาย เช่น มีกิจกรรมหรือทำงานหนักเกินไป การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดจากสาเหตุทางด้านจิตใจ เช่น เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ มีภาวะเครียด เป็นต้น (Phothidara, Korcharoenyos, Somkumlung & Chaiyasit, 2014) ดังการศึกษาของ Jooprempreet and Tabootwong (2022) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจะเกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตามมา เช่น รู้สึกไม่สบายเนื่องจากนอนพักผ่อนไม่เพียงพอ มีภาวะกรดไหลย้อนจากความเครียด มีอาการปวดเมื่อยแขนขา ไหล่ หลัง คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการประคอง อุ้ม ยก และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ กลัวที่จะทำไม่ได้ รับความเจ็บปวดระหว่างให้การช่วยเหลือ (Khiewchaum, 2016; Jooprempreet et al., 2022) ซึ่งจากการศึกษาของ Krairak, Prapaipanich and Monkong (2016) พบว่า ผู้ดูแลหลังให้การดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง และปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ดูแลที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความพิการของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มากจะพึงพาผู้ดูแลมากตามไปด้วย และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เป็นต้น (Promkaew, Sumdangsan, Jongketkit & Jantawee, 2019) ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าจะมีผลกระทบทางร่างกาย ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากผู้ดูแลมีการปรับตัวและเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดเป็นภาระ ทุกข์ใจ (Khiewchaum, 2016; Fongkerd, Sinsuesatkul, Tantalanukul, 2019) และถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องจนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรังหรือเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และพบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับสูง (Boonvas, Supanunt, Chunhabordee & Wae, 2017; Pandee, Masinghboon, Kunsongkeit

& Wachirawat, 2006) เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดในระดับรุนแรงที่สูงขึ้น ร่างกายจะตอบสนองด้วยการกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) ให้มีการหลั่งฮอร์โมนเกี่ยวกับความเครียดออกมา ทำให้มีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ เมื่อพลังงานลดลง ความเครียดเพิ่มขึ้น บุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น (Phothidara, Korcharoenyos, Somkumlung & Chaiyasit, 2014) ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกเหนื่อยจนหมดกำลังต่อทุกสภาวะ รบกวนความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติ (Piper, 2003) หากร่างกายมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับรุนแรงที่เกิดขึ้นบ่อยและคงอยู่นานจากการดูแลผู้ป่วย ทำให้การทำหน้าที่ที่บทบาทผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทางลบ และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย จากการผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพช้าลงและมีคุณภาพชีวิตที่แย่งได้ในที่สุด ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลต้องเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลจึงควรมีการเตรียมผู้ดูแล เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี จำต้องเตรียมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง

การจัดการกับอาการเป็นการควบคุมอาการ การลดอาการ หรือป้องกันการเกิดอาการ ถือเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (Thanasilp, 2009) บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเป็นสิ่งจำเป็น เพราะช่วยลดอัตราของการเจ็บป่วย การจัดการกับอาการต้องมุ่งเน้นการปรับประสบการณ์ กล่าวคือ ปรับการรับรู้ การประเมินและตอบสนองต่ออาการ และปรับกลวิธีในการจัดการกับอาการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้อาการรุนแรงลดลง หรือป้องกันการเกิดอาการ (Dodd et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นผู้ดูแลมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการความเหนื่อยล้าตามความเชื่อหรือประสบการณ์เดิมที่เกิดขึ้นในอดีตหรือจากคำแนะนำของบุคคลอื่นมาใช้จัดการกับอาการของตน และพบว่า วิธีที่ผู้ดูแลเลือกใช้ส่วนใหญ่ คือ การพักผ่อนนอนหลับ การใช้นอนหลับและการงีบหลับ การเบี่ยง

เบนความสนใจ การใช้เวลาในการทำกิจกรรมลดลง รวมถึง การส่งเสริมทางด้านโภชนาการ (Krairak et al., 2016) แต่จากการศึกษาของ Richardson and Ream (1997) พบว่า กลวิธีในการดูแลตนเองดังกล่าว ไม่มีประสิทธิภาพ เพียงพอในการบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ทั้งหมด ดังนั้น บุคลากรในทีมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน ความเหนื่อยล้า รวมถึง การเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ ข้อมูล ความรู้ และกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลักฐานเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการกับความเหนื่อยล้า เช่น สอนสุขศึกษาและ ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย สุขภาพของผู้ดูแล ส่งเสริม กิจกรรมผ่อนคลายต่าง ๆ จะช่วยส่งเสริมให้แนวโน้มความ เหนื่อยล้าลดลง (Fongkerd et al., 2019) ด้วยเหตุผล ดังกล่าวผู้วิจัยได้เห็นเล็งเห็นความสำคัญในการจัดการ กับความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน โดยใช้ โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีกลวิธีจัดการกับ อาการเป็นแนวทางบรรเทาอาการได้ด้วยตนเอง มีความ แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ และมีความมั่นใจในการดูแล ผู้ป่วยได้ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองในการจัดการกับอาการ เหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลอํารง บทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมี คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการเติมเต็ม ส่วนที่ผู้ดูแลยังขาดอยู่ สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบ องค์กรวมและการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าของ ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การจัดการกับอาการ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าของ ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการจัดการกับ อาการกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ (1) ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (symptom experience) เป็นประสบการณ์ที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นกระบวนการที่ต้อง ผ่านการคิดรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการจึงเป็นการรับรู้ ของแต่ละบุคคลต่ออาการ การเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่าง มีประสิทธิภาพ อาการประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับ อาการ การประเมินผลของอาการ และการตอบสนอง ต่ออาการ (2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management) เป็นเป้าหมายของการจัดการกับอาการ เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง การอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ผู้มีอาการและ ครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้น หรือจัดการกับอาการ ที่เกิดขึ้นจะช่วยลดอาการที่เกิดขึ้นลงได้ และ (3) ผลลัพธ์ ของอาการ (symptom outcomes) เป็นผลที่เกิดจาก ประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีในการ จัดการกับอาการ ซึ่งต้องการการจัดการกับอาการที่มีความ ต่อเนื่องและมีการตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษา อาการประสบผลสำเร็จและกลับสู่ภาวะปกติ การปฏิบัติ ต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อที่จะควบคุมอาการที่อาจเกิด ขึ้นอีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการกับอาการจึงเหมาะสม ที่จะใช้ในเรื่องการจัดการกับอาการโดยตรง และต้องการ การจัดผลลัพธ์ในการจัดการที่มีความต่อเนื่อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

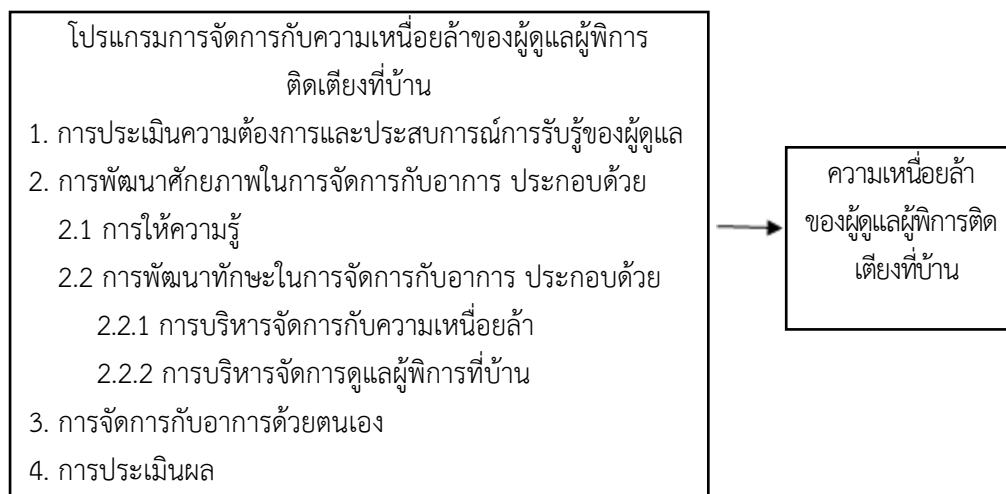
การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับ อาการของ Dodd et al. (2001) มาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อ จัดการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ซึ่ง Dodd et al. (2001) กล่าวถึงแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กัน คือ (1) ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experience) โดยประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยว กับอาการ การประเมินผลของอาการ และการตอบสนอง

ต่ออาการ (2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (symptom management strategies) มีเป้าหมายเพื่อป้องกันในการเกิดผลลัพธ์ทางด้านลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดซ้ำให้มากที่สุด ซึ่งการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการไม่หยุดนิ่งและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (3) ผลลัพธ์จากอาการ (symptom outcome) ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล โดยขั้นตอนนี้จะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ การรับรู้และการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแลเอง ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย การบริหารจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยและการบริหารจัดการดูแลผู้พิการที่บ้าน ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับอาการด้วยตนเองที่บ้าน เป็นการให้ผู้ดูแลปฏิบัติการบริหารจัดการกับความเหนื่อยล้าด้วยซึ่งการบริหารจัดการดูแลผู้พิการที่บ้านตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน และให้บันทึกบันทึกการบริหาร

จัดการดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน และบันทึกการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ่งในแบบบันทึกโดยให้ผู้ดูแลบันทึกทุกครั้ง ที่ปฏิบัติ ทั้งนี้ การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อที่จะควบคุมอาการที่อาจเกิดขึ้นอีก (Thanasilp, 2009) และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลขั้นตอนนี้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ ซึ่งมีรายละเอียดของกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (pretest-Posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้พิการที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้พิการ ในเขตจังหวัดตรัง จำนวน 44 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria)

ผู้ดูแลผู้พิการ

1. สามารถสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
3. ผู้ดูแลหลักทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้พิการที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน
4. เป็นผู้ดูแลผู้พิการที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
5. เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้พิการรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
6. ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ผู้พิการ

1. ผู้ป่วยที่พิการติดเตียงที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วยต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บศีรษะและไขสันหลัง ฯลฯ เป็นต้น
2. มีคะแนน Barthel index (The Barthel index of activities of daily living) เท่ากับ 0-20 คะแนน ของ

Mahoney and Barthel (1965) ที่แปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันประสาทวิทยา (Neurological Institute of Thailand, 2007)

เกณฑ์ในการคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria)

ผู้ดูแลผู้พิการมีภาวะทุพพลภาพหรือมีภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลผู้พิการได้

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องศึกษาทั้งหมด 36 คน และเพื่อลดการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องศึกษาทั้งหมด 44 คน จัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้พิการอยู่ในระดับเดียวกัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้พิการ โดยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวหลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้เพื่อเป็นการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาการดำเนินการวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มี การบังคับ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ประกอบด้วย

เพศ อายุ โรคที่เป็นสาเหตุของความพิการติดเตียง และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ตามแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Barthel index (The Barthel index of activities of daily living) ของ Mahoney and Barthel (1965) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันประสาทวิทยา (Neurological Institute of Thailand, 2007) ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ (1) การรับประทานอาหาร (2) การขึ้นลงจากเตียง (3) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม (4) การเข้าห้องน้ำ (5) การอาบน้ำ (6) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน (7) การขึ้นบันได (8) การแต่งตัว (9) การถ่ายอุจจาระ และ (10) การปัสสาวะ มีคะแนนเต็มเท่ากับ 100 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ มีการแปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน	ความหมาย
0-20 คะแนน	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ได้เลย
25-45 คะแนน	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
50-70 คะแนน	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง
75-90 คะแนน	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มาก
91-100 คะแนน	ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นต้น

2.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ผู้พิการติดเตียงที่บ้าน เป็นแบบวัด Piper Fatigue Mode ของ Piper et al (1998) ประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 ด้าน (1) พฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า จำนวน 6 ข้อ (2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า จำนวน 5 ข้อ (3) ด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 5 ข้อ และ (4) ด้านสติปัญญา/อารมณ์ จำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (numeric scale) โดยแบ่งคะแนนความเหนื่อยล้าและการแปลผลออกเป็น 4 ระดับ (Piper, 2003) ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับความเหนื่อยล้า
0 คะแนน	ไม่มีความเหนื่อยล้า
0.01-3.99 คะแนน	เหนื่อยล้าเล็กน้อย
4.00-6.99 คะแนน	เหนื่อยล้าปานกลาง
7.00-10.00 คะแนน	เหนื่อยล้ามาก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย การให้ความรู้ การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า เป็นต้น ขั้นตอนที่ 3 การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน และแบบบันทึกการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ้งให้ผู้ดูแลบันทึกทุกครั้งที่ใช้ปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งประกอบไปด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการจัดการกับอาการและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน

1.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลองให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ซึ่งค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity) ของแบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน เท่ากับ 1

1.2 การหาความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้พิการติดเตียงที่บ้านและผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านที่มีคุณสมบัติลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านเท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่ใบรับรอง 12/2563 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน เพื่อพบกลุ่มตัวอย่างและเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับพยาบาลวิชาชีพในชุมชนในจังหวัดตรัง โดยสำรวจรายชื่อผู้พิการจากองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนและพบผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านเฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจัดผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และดำเนินการประเมินความเหนื่อยล้าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ

3. ดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับดูแลตามมาตรฐานปกติจากพยาบาลชุมชน และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติและได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 การประเมินประสิทธิภาพการรับรู้และความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้เรื่องการจัดการกับความเหนื่อยล้า กิจกรรมที่ 3-6 การฝึกบริหารจัดการดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน และการบริหารจัดการกับความเหนื่อยล้า กิจกรรมที่ 7 การจัดการกับอาการด้วยตนเองที่บ้าน และกิจกรรมที่ 8-9 ประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์

4. ประเมินความเหนื่อยล้าหลังได้รับโปรแกรม 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (dependent t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการที่บ้านก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มทดลอง มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-39 ปี ร้อยละ 36.50 เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 68.20 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 31.80 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 90.90 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.50 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 72.70 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 40.90 ส่วนกลุ่มควบคุม มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 40.90 เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 68.20 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 77.30 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา เป็นร้อยละ 31.90 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 81.80 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 63.60 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 63.60 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 45.50

คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 5.862 และหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 5.554 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ dependent t-test พบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังการ

ทดลอง 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 5.862 และหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ เท่ากับ 4.725 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ dependent t-test พบว่า ค่าคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ค่าคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุม เท่ากับ 6.880 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 5.554 ซึ่งอยู่ใน

ระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.713 ซึ่งอยู่ในระดับมาก และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.725 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 3

ตาราง 1

เปรียบเทียบค่าคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ 4 สัปดาห์ (N=22)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง 4 สัปดาห์		p-value	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความเหนื่อยล้า	5.862	.479	5.554	.6113	.034	2.262

ตาราง 2

เปรียบเทียบค่าคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ 8 สัปดาห์ (N=22)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง 8 สัปดาห์		p-value	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความเหนื่อยล้า	5.862	.479	4.725	.541	.000	9.262

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน หลังการทดลอง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=44)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (N=22)		กลุ่มทดลอง (N=22)		p-value	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความเหนื่อยล้าหลังการทดลอง 4 สัปดาห์	6.880	.578	5.554	.611	.000	7.398
ความเหนื่อยล้าหลังการทดลอง 8 สัปดาห์	7.713	.377	4.725	.541	.000	21.246

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คະแนมความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ฯ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คະแนมความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน

สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน เป็นเป็นการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้พิการ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ดูแลผู้พิการแบบองค์รวมและดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่องและมีจุดเน้นที่ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านเป็นศูนย์กลางโดยความร่วมมือกันระหว่างผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านกับพยาบาล โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ถึงความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นและการบรรเทาความเหนื่อยล้า ร่วมกับการมีส่วนร่วมช่วยในการจัดการกับความเหนื่อยล้าเพื่อบรรเทาความรุนแรง ด้วยการพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการลดความเหนื่อยล้าด้วยตนเอง ด้วยการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและการบริหารกายจิตด้วยศาสตร์ของชีกง โดยใช้แนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) เป็นแนวปฏิบัติ ซึ่งมีแนวคิดว่าการศึกษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้น จึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ดูแลในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ตามมาของตนเอง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความเหนื่อยล้าจากมุมมองเดิมของผู้ดูแลเป็นหลัก ซึ่ง

ในขั้นตอนแรก เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย เป็นการสร้างความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น จากนั้นประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ การรับรู้และการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแลเอง จากนั้นผู้วิจัยเริ่มปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ให้มีการรับรู้ตรงตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ในเรื่องของความเหนื่อยล้า สาเหตุ ผลกระทบของความเหนื่อยล้า การบรรเทาความเหนื่อยล้า ให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วย ทักษะการให้อาหารและน้ำ ทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทางปากแต่ยังมีปัญหาเรื่องการกลืน และต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย เช่น การเช็ดตัว การทำความสะอาดเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย และการทำกายภาพบำบัดง่าย ๆ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง และการบริหารกายจิตด้วยชีกง โดยปฏิบัติเป็นรายบุคคลจนกว่าผู้ดูแลจะสามารถปฏิบัติได้และเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับการให้คู่มือการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า

หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลทบทวนต่อเรื่องที่บ้าน ทั้งนี้วิธีการดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจและรับรู้ถึงสาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งมีทักษะที่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพหลังจากนั้นประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์และ 8 สัปดาห์ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้นเพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย ร่วมกันประเมินว่าผู้ดูแลปฏิบัติได้ผลอย่างไร และสม่ำเสมอหรือไม่ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ค่าคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.928 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 6.880 อยู่ในระดับปาน

กลาง และหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ เท่ากับ 7.713 อยู่ใน ระดับรุนแรง ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความเหนื่อยล้า ของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.862 อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ เท่ากับ 5.554 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ เท่ากับ 4.725 อยู่ในระดับปานกลาง

จะเห็นได้ว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนความเหนื่อยล้า เพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มี คะแนนความเหนื่อยล้าลดลงเรื่อย ๆ และคะแนนความ เหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมจะมีระดับคะแนนความ เหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อาจเป็นเพราะว่าการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ผู้ดูแล เกิดความเหนื่อยหน่ายและเกิดความเหนื่อยล้าตามมา ซึ่ง ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ (Sribenjamass, Tangkawanich, Tunsupasawasdeekhul & Linchareon, 2016) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อ ความเหนื่อยล้าและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของผู้ติด เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่จำนวน 30 ราย ภายหลังสิ้นสุด การทดลอง 6 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ น้อยกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้อง กับการศึกษาของ Chueluecha (2012) ที่ได้ศึกษาผลของ ผลของโปรแกรมการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับการ ฝึกโยคะต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับ เคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมี บำบัด จำนวน 42 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย กลุ่มควบคุม 21 ราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ย ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด หลัง ได้รับโปรแกรม การจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับการ ฝึกโยคะต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการ ด้วยตนเองร่วมกับการฝึกโยคะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rubleak (2006) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยซึ่งต่อความเหนื่อยล้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า

คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Reanrhom (2009) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการ จัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตแนวซึ่งต่อ ความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้า ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการบริหารกายจิตแนวซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อาการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการกับ อาการสามารถลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง ที่บ้านได้ ซึ่งสนับสนุนแนวทางการใช้กลวิธีในการจัดการกับ ความเหนื่อยล้า โดยคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความ เหนื่อยล้าของผู้ดูแล ตามกล่าวไว้ในแบบจำลองการจัดการ กับอาการ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะการบริหารจัดการ ดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้พิการติดเตียง และ การบริหารกายจิตด้วยซึ่งที่เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่ ให้ผู้ดูแลเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตัวเอง โดยมีพยาบาลสนับสนุน และเติมเต็มส่วนที่ขาด สอดคล้องกับการดูแลแบบองค์รวมและ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถ ลดความเหนื่อยล้าลงได้ ทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงได้ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล ส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเหนื่อยล้าของ ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางใน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติกิจกรรมการ พยาบาลเยี่ยมบ้านให้มีความเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแล นำไปใช้ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้พิการ ติดเตียงที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการดำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแล ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

2. ด้านการบริการพยาบาล ส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านให้กับพยาบาล เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน ได้เกิดความรู้ตระหนักและเห็นความสำคัญ เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญให้กับผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านต่อไป

3. ด้านการศึกษาวิจัย ส่งเสริมการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูล เพื่อศึกษาวิจัยทางการพยาบาลที่เป็นรูปแบบการดูแล โดยสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่น ๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านในระยะเวลานานขึ้น เพื่อให้ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้านลดลงมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการเพื่อใช้ในการบำบัดกลุ่มอาการวิตกกังวล ความเครียด ของผู้ดูแลและผู้พิการติดเตียงที่บ้าน หรือกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ในระยะพักฟื้นที่บ้าน

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการหรือโปรแกรมอื่น ๆ เพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงที่บ้าน



References

- Boonvas, K., Supanunt, T., Chunhabordee, A., & Wae, N. (2017). Caregiver stress and needs in caring disabled. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 205-216. (in Thai)
- Chansungnoen, J., Maneechote, P., & Sawatdee, D. (2017). Anxiety in caregiver of patients with traumatic brain injury. *Journal of Southern Technology*, 10(1), 71-78. (in Thai)
- Chueluecha, C. (2012). Rehabilitation in stroke. *Thammasat Medical Journal*, 12(1), 97-111. (in Thai)
- Department of Empowerment of Persons with Disabilities. (2022). *Disabled person situation*. Retrieved from. <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>. (in Thai)
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>.
- Fongkerd, S., Sinsuesatkul, S., & Tantalanutkul, S. (2019). Community nurse practitioner' role in caring family caregivers of bedridden patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(1), 46-55. (in Thai)
- Jooprempre, K., & Tabootwong, W. (2022). Experiences of primary caregivers in caregiving for older family members with bedridden at home. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 14(1), 191-205. (in Thai)
- Kanthamalee, S., Wognsaree, C. & Phanchana, N. (2019). Home visiting of nurses for caring the dependent elderly people. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 12(3), 107-117. (in Thai)

- Khiewchaum, R. (2016). Effect of traumatic brain injury. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 27(1), 103-111. (in Thai)
- Krairak, L., Prapaipanich, W., & Monkong S. (2016). Fatigue and fatigue management of family caregivers caring for older adults with heart failure post discharge. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(2), 17-30. (in Thai)
- Neurological Institute of Thailand. (2007). *Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation*. Bangkok: Department of Medical Services. (in Thai)
- Pandee, D., Masinghboon, K., Kunsongkeit, W. & Wachirawat, W. (2006). Predictors of coping strategies among family members of patients with head injury. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 8(1), 52-63. (in Thai)
- Phothidara, Y., Korcharoenyos, C., Somkumlung, P., & Chaityasit, Y. (2014). Factors effecting on fatigue in strokes' caregiver. *Journal of Nursing Science and Health*, 37(3), 46-55. (in Thai)
- Phuthasane, C., & Chanokporn, J. (2016). The effect of pro-self program combined with yoga practice on fatigue in breast cancer patients undergoing chemotherapy. *HCU. Journal*, 19(38), 61-75. (in Thai)
- Piper, B. F. (2003). Fatigue. In V. Carrieri-Kohlman, A. M. Lindsey, & C. M. West (Eds.). *Pathophysiological phenomena in nursing: Human Responses to illness* (pp. 209-234). St Louis: Saunders.
- Piper, B. F. Diddle, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughther, R. E., and Paul, S. M. (1998). The revised piper fatigue scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25(4), 677-684.
- Promkaew, P., Sumdangsan, D., Jongketkit, W., & Jantawee, N. (2019). Fatigue symptom management among family caregivers of persons with traumatic brain injury. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 34(1), 137-148. (in Thai)
- Reanrhom, C. (2009). Effects of symptom management program combind with qigong On anxiety and fatigue in breast cancer patients Receiving chemotherapy. *The Meeting of The Academic Conference Project Subject Innovation in Teaching and Learning Management in Nursing. May 12-14, 2009*. Bangkok: Faculty of Nursing Chulalongkorn University. (in Thai)
- Richardson, A., & Ream, E. K. (1997). Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. *International Journal of Nursing Studies*, 34(1), 35-43.
[https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(96\)00031-4](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(96)00031-4)
- Rubleak, U. (2006). *The effect of symptom management combined with qigong practice program on fatigue of cerebrovascular caregivers* (Master's thesis). Chulalongkorn University. Bangkok. (in Thai)
- Sribenjamass, V., Tangkawanich, T., Tunsupasawasdeekhul, S., & Linchareon, A. (2016). The effect of symptom management program on fatigue and muscle strength in person living with HIV/AIDS. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 10(2), 61-70. (in Thai)

Thanasilp, S. (2009). *Advanced adult nursing 2*. Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
(in Thai)

World Health Organization. (2018). *Disability and health*. Retrieved from. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>.

