

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต ด้วยซิงกง ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

THE EFFECT OF THE SYMPTOM MANAGEMENT COMBINED WITH QIGONG PROGRAM ON FATIGUE AMONG CAREGIVERS OF HEAD INJURED PATIENTS

จิราณวัฒน์ ชาญสูงเนิน (Jiranuwat Chansungnoen)*

สุรีพร ธนศิลป์ (Sureeporn Thanasilp)**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ตรง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของ อายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับเดียวกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกงและการพยาบาลปกติ ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจาก แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2) การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ 3) การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน และ 4) การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (frequency) หาค่าร้อยละ (percentage) และสถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ค่าคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.52, p < .05$ และ $t = 19.42, p < .05$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ / ความเหนื่อยล้า / โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง

*นิสิตหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ABSTRACT

The purpose of this quasi experimental research was to compare the effect of the symptom management combined with Qigong program on fatigue among caregivers of head injured patients who were admitted to Trang Hospital that was 40 qualified cases. 20 cases were the control group, 20 cases were the experiment group by considering on similarity of the caregiver's age, differed 5 years, the gender of the caregivers and the disability level of the head injury patients were in the same level. The control group received routine nursing care. The experimental group received the symptom management combined with Qigong practice program and the usual treatment. The program was developed based on the symptom management model of Dodd et al. (2001) including 4 stages namely 1) symptom experience assessment, 2) the potential development on the symptom management, 3) self-management at home and 4) evaluation. The instruments were demographic data sheet and fatigue questionnaire. The fatigue questionnaire was tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .95. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test.

The research result were

The fatigue score of the experimental group after the end of the program for 2 weeks and 4 weeks less than the control group with statistical significance ($t = 6.52, p < .05$ and $t = 19.42, p < .05$ respectively).

Keywords: caregivers of head injured patients / fatigue / symptom management combined with Qigong program

ความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงพบได้บ่อยในประเทศไทย สาเหตุของการบาดเจ็บที่พบมากที่สุดพบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บด้วยอุบัติเหตุทางจราจรทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2550, 2551, 2552 และ 2553 จำนวน 79,029 ราย 71,148 ราย 61,996 ราย และ 29,064 ราย ตามลำดับ (<http://www.roadsafety.Disaster.go.th>, 1 มกราคม 2555) กว่าครึ่งหนึ่งมีการกระทบกระเทือนต่อสมอง (Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer, 1991) เป็นสาเหตุการตายและความพิการที่สำคัญในวัยรุ่นหรือวัยเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อได้รับบาดเจ็บ มักเกิดอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สูญเสียความสมดุลในการทรงตัว (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546)

มีความบกพร่องทางด้านความรู้สึก การรับรู้ ความบกพร่องทางด้านอารมณ์ จิตใจและพฤติกรรม การเข้าสังคมไม่เหมาะสม (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนได้ (ประณีต ส่งวัฒนาและคณะ, 2543) จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบพึ่งพาสูงขึ้น หรือต้องการการดูแลทั้งหมดอย่างต่อเนื่อง (ประณีต ส่งวัฒนาและคณะ, 2543; จากกรทบทวนวรรณกรรมพบว่าสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งมักต้องมารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือเป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้องที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน (วลัยนารี พรหมลา, 2553; รุ่งนภา เขียวช่อ, 2552; พิทยาภรณ์

นวนลีสทอง และคณะ, 2549) โดยผู้ดูแลจะดูแลกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมต่าง ๆ ทั่วไป เกือบ 24 ชั่วโมง และมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.33-5.95 อยู่ในระดับปานกลาง (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ, 2549)ซึ่งความเหนื่อยล้าเป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ดูแล เป็นประสบการณ์การรับรู้ที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมากอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายหรือรู้สึกเหนื่อยจนหมดกำลังต่อทุกสภาวะ ครอบคลุมความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติ (Piper, 2003)การลดอาการดังกล่าวให้กับผู้ดูแลจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การจัดการกับอาการเป็นการควบคุมอาการลดอาการหรือป้องกันการเกิดอาการ ซึ่งเป็นบทบาทที่ระบุใน พรบ.วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (สภาการพยาบาล, 2528 อ้างถึงใน สุรีพร ธนศิลป์ และคณะ, 2552) การจัดการกับอาการต้องมุ่งเน้นที่การปรับประสบการณ์ การประเมินและตอบสนองต่ออาการ และปรับกลวิธีจัดการกับอาการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้อาการรุนแรงลดลงหรือป้องกันการเกิดอาการ (Dodd et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรม เมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นผู้ดูแลจัดการความเหนื่อยล้าตามความเชื่อ ประสบการณ์เดิม หรือจากคำแนะนำของบุคคลอื่นมาใช้จัดการกับอาการ พบว่าวิธีที่ผู้ดูแลเลือกใช้ส่วนใหญ่คือ พักผ่อนนอนหลับ ใช้นานอนหลับ เบี่ยงเบนความสนใจ ใช้เวลาทำกิจกรรมลดลง และส่งเสริมด้านโภชนาการ เป็นการจัดการกับอาการอย่างหนึ่งช่วยลดความเหนื่อยล้าได้ (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ, 2549; Piper, 2003) แต่จากการศึกษาของ Richardson & Ream (1997) พบว่ากลวิธีในการดูแลตนเองดังกล่าว มีประสิทธิภาพไม่เพียงพอในการบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ทั้งหมด ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงมีบทบาทในการประเมินความเหนื่อยล้า และ

เป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ข้อมูล ความรู้ และกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลักฐานเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการกับความเหนื่อยล้า เช่น การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การปฏิบัติโยคะ การชี่แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกาย ส่งเสริมให้แนวโน้มความเหนื่อยล้าลดลง (จิราภรณ์ บุตรทอง, 2552; รัชนิกร ใจคำสับ, 2549) และนอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่ก่งช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ (วัชรวรรณ จันทร์อินทร์, 2548; ชบา เรียนรัมย์ และสุรีพร ธนศิลป์, 2552) ซึ่งการบริหารกาย-จิตด้วยชี่ก่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เน้นการเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลาย และการปฏิบัติสมาธิ และการกำกับหายใจ เพื่อเพิ่มพลังชีวิต ทำให้จิตใจสงบ มีสมาธิระหว่างการฝึกทำให้สมองปลอดโปร่ง ช่วยในการไหลเวียนของโลหิต การทำงานของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง ทำให้กระดูกกล้ามเนื้อแข็งแรง การหายใจช้าลง ความต้องการออกซิเจนและอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง เกิดความสมดุลในร่างกาย (สุรีพร ธนศิลป์ และคณะ, 2552) และนอกจากนี้การบริหารกาย-จิตด้วยชี่ก่ง ยังช่วยเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย ช่วยลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในกระแสเลือด ทำให้ระดับความเครียดที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดความเหนื่อยล้าลดลง เพราะว่าการปฏิบัติชี่ก่งจะทำให้มีการเพิ่มการผลิต Endorphin hormone ออกมามากขึ้น ซึ่ง Endorphin มีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาทส่งผลกระทบต่อ Operate receptor ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ดังนั้นเมื่อความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงจะทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลงได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2547; Liang & Wu, 1997; Ryu et al., 1996) จะเห็นได้ว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่

พบบ่อยของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยบูรณาการแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กของเทอดศักดิ์ เดชคง (2545) ผู้วิจัยคาดว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับโปรแกรมฯ น่าจะมีความเหนื่อยล้าลดลง ส่งผลให้อารมณ์บทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล
2. การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย การให้ความรู้และการพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการประกอบด้วย การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก
3. การจัดการอาการด้วยตนเองขณะอยู่บ้าน
4. ประเมินผล โดยการโทรศัพท์ติดตาม พบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด และจากการบันทึกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ความเหนื่อยล้า
ของผู้ดูแลผู้ป่วย
บาดเจ็บศีรษะ

2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (The posttest control group design with two month follow up)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อายุ 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศูนย์ตั้ง จำนวน 40 คน กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลตามเกณฑ์ดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะรับอุบัติเหตุจราจร การบาดเจ็บตั้งแต่แรกรับอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ผล Glasgow Coma Score 3-12 คะแนน มีระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงโดยมีระดับความพิการอยู่ในช่วง 4-12 คะแนน และไม่มีการบาดเจ็บในส่วนอื่นๆ ของร่างกาย

คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง เป็นผู้ดูแลหลักทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเมื่อที่บ้าน ไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดตามแนวคิดของ Burns และ Grove (2005) ซึ่งได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่พอเหมาะของการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน แต่ละกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 15 คน ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับเดียวกัน โดยวัดจากแบบวัดระดับความพิการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างได้แก่ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้ดูแลผู้ป่วยแล้ว ประกอบด้วย อายุ เพศ และระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่สร้างขึ้นโดยกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ใช้แนวคิดการพยากรณ์ผลกลาสโกล ของ Jennett & Bond (1975) ประกอบด้วยการประเมินระดับความพิการ 4 ด้านคือ ระดับความรู้สึกตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม และการกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศของผู้ดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 2. แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นแบบวัด Piper Fatigue Mode (Piper, 2003) ฉบับของอุทุมพร รูปเล็ก (2549) ที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามจากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของเพิงใจดาโลปการ (2545) ซึ่งประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 ด้าน 1) พฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าจำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านสติปัญญา/ อารมณ์ จำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric scale) โดยปลายสุดทางซ้ายมือ ตรงกับตำแหน่งของตัวเลข 0 ซึ่งหมายถึงไม่เลย ส่วนทางด้านขวาสุด ตรงกับตำแหน่งของตัวเลข 10 ซึ่งหมายถึง มากที่สุด การประเมินระดับความเหนื่อยล้ามีคะแนนตั้งแต่ 0-220 คะแนน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่รวบรวมมาได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถาม

ทั้งหมด 22 ข้อ จะได้คะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้า โดย Piper 2003 แบ่งระดับความเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มีความเหนื่อยล้า (0 คะแนน), เหนื่อยล้าเล็กน้อย (0.01 - 3.99 คะแนน), เหนื่อยล้าปานกลาง (4.00 - 6.99 คะแนน) และเหนื่อยล้ามาก (7.00 - 10.00 คะแนน)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงของเทอดศักดิ์ เดชคง (2545) คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าและวิถีทัศนการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและแบบบันทึกการบริหารกาย-จิต ด้วยชี่กง ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของคู่มือ เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลและเพื่อติดตามการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงของผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลองได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมระหว่างสื่อที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้ เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .95 เครื่องมือที่ใช้ใน

การทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลองผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาจากนั้นนำเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคพบว่าเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในหัวข้อระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้เท่ากับ .74 และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้เท่ากับ.95 ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลองผู้วิจัยทำการศึกษานำร่อง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะเตรียมการเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ความเหนื่อยล้า การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและทักษะการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงโดยศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสารงานวิจัย เตรียมเครื่องมือรวบรวม สร้าง และทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยกับผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด อยู่ในช่วง 7 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปพักฟื้นต่อที่บ้าน โดยประสานงานกับแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย เพื่อร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเพื่อทำการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มควบคุมยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและให้ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ พบผู้ดูแลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ตามนัด โดยนับจากวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความเหนื่อยล้า

กลุ่มทดลองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 7 วัน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊ง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแลเอง ผู้วิจัยประเมินความต้องการความรู้ การดูแลตนเอง การจัดการกับอาการ การใช้การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊ง ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าและการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 วัน ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเพื่อให้ความรู้ ก่อนให้ความรู้ฝึกผ่อนคลายด้วยซึ๊งทำพื้นฐานเพื่อความผ่อนคลาย ผู้วิจัยให้ความรู้การจัดการกับความเหนื่อยล้าและให้ความรู้เรื่องการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ และแจกคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และวีดิทัศน์การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊งให้ผู้ดูแลได้กลับไปทบทวนและปฏิบัติ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 วัน, 4 วันและ 5 วัน ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแล ทบทวนความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้า การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊ง ผู้วิจัยร่วมปฏิบัติการจัดการดูแลผู้ป่วยพร้อมกับผู้ดูแลและร่วมปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊งพร้อมกับผู้ดูแล พุดคุยสอบถามถึงปัญหาและความรู้สึกของการฝึก โดยผู้วิจัย

ทำการตอบข้อสงสัยของกลุ่มทดลองและร่วมหาแนวทางในการแก้ปัญหา ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 วัน ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแล ทบทวนความรู้ในการจัดการกับอาการ ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊ง ผู้วิจัยพุดคุยสอบถามถึงปัญหาและความรู้สึกของการฝึก ร่วมหาแนวทางในการแก้ปัญหา แนะนำการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองขณะอยู่บ้าน โดยให้ปฏิบัติทั้งหมด 4 สัปดาห์ ให้ประเมินการปฏิบัติด้วยตนเองในแบบบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊ง ซึ่งอยู่ในท้ายเล่มของคู่มือ นัดหมายวันที่ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเพื่อประเมินผล คือภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์โดยนับจากวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้ผู้ดูแลดูแลตนเองตามคำแนะนำ และบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊ง โดยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 30 นาทีเช้าหรือเย็น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทั้งหมด 4 สัปดาห์ บันทึกกิจกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและบันทึกกิจกรรมการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊งไว้ในแบบบันทึกที่อยู่ในส่วนท้ายของคู่มือ

ระยะประเมินผล โทรศัพท์ติดตามผู้ดูแล ภายหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 นับจากวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และร่วมหาแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ดูแลและกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง จากนั้นประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ นับจากวันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพบผู้ดูแลตามนัด เพื่อประเมินผลของโปรแกรมฯ ตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้า ติดตามการบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊ง กล่าวขอบคุณผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างหลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากโรงพยาบาลศูนย์ตรังเรียบร้อยแล้ว โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการดำเนินการวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มี การบังคับ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ นำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) และหาค่าร้อยละ (percentage)
2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งร่วมกับได้รับการพยาบาล

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความเหนื่อยล้า	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			df	t
	\bar{X}	SD	ระดับ	\bar{X}	SD	ระดับ		
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	5.63	.581	ปานกลาง	6.81	.559	ปานกลาง	38	6.52**
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	4.73	.563	ปานกลาง	7.68	.377	มาก	38	19.42**

** p < .01

ตามปกติ ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน พบว่า มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 40) เป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 65) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 45) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 30) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 80) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 50) มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000 - 20,000 บาท (ร้อยละ 70) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 35) ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน พบว่า มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 - 29 ปี (ร้อยละ 40) เป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 65) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 75) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 35) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 70) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 70) มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 10,000 - 20,000 บาท (ร้อยละ 60) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 40) ข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 26 - 35 ปี (ร้อยละ 35) ทั้งหมดเป็นเพศชาย มีระดับความพิการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 90)

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.81 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 5.63 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.68 ซึ่งอยู่ในระดับมาก และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.73 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง มีความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การดูแลแบบองค์รวมและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่อง โดยจุดศูนย์กลางอยู่ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในการจัดการกับความเหนื่อยล้า โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเกิดการรับรู้ มีความเข้าใจถึงความเหนื่อยล้าและการบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมช่วยในการจัดการกับความเหนื่อยล้าเพื่อบรรเทาความรุนแรง ด้วยการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะให้มีความสามารถในการบรรเทาความเหนื่อยล้าด้วยตัวของ

ผู้ดูแลเอง ด้วยการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงและการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยยึดแนวความคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งมีแนวคิดว่า การรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุไม่สามารถควบคุมอาการได้ต้องมีจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ ชบา เรียนรัมย์ และสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.48, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของอุทุมพร รูปเล็ก (2549) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าคะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรวรรณ จันทร์อินทร์ (2548) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนความเหนื่อยล้ากลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง สามารถลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่กล่าวไว้ในแบบจำลองการจัดการกับอาการ กล่าวคือ การใช้กลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้า โดยคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความต้องการเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และการบริหารกาย-จิตด้วย

ซิง เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตัวเอง โดยพยาบาล มีส่วนร่วมในการสนับสนุนและเติมเต็มส่วนที่ผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะยังขาดอยู่ สอดคล้องกับการดูแล แบบองค์รวม (Holistic care) และการดูแลด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ที่ต่อเนื่อง (Humanize care) ช่วยให้ สามารถลดความเหนื่อยล้าได้ ทำให้ธำรงบทบาทการ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการจัดการกับ อาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงในผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการ พัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ ผู้ดูแลนำไปใช้ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าขณะที่รับ บทบาทการเป็นผู้ดูแล และยังส่งเสริมการธำรงบทบาท การเป็นผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี

2. ส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้และฝึก ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหาร กาย-จิตด้วยซิงให้กับพยาบาล เจ้าหน้าที่ได้เกิดความ ตระหนักและเห็นความสำคัญ เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ ที่สำคัญให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

3. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดย การนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูล เพื่อศึกษาวิจัย ทางการพยาบาลที่เป็นรูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน โดยสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและการ ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และเป็นแนวทางในการ ศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่น ๆ ที่มีความ เหมาะสมกับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

รายการอ้างอิง

- กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (2555). *ข้อมูลสถิติ ตารางแสดงอุบัติเหตุจากรถ ปี 2550-2553*. สืบค้นจาก <http://www.roadsafety.disaster.go.th>. เมื่อ 1 มกราคม 2555.
- จิราภรณ์ บุตรทอง. (2552). ผลของโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้าร่วมกับโยคะต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. *วารสารสภาการพยาบาล*. 24(4) : 29-42
- ชบา เรียงนรมย์ และ สุรีพร ธนศิลป์. (2552). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซึ่งก่ต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *เอกสารประกอบการประชุมโครงการประชุมวิชาการ เรื่องนวัตกรรมจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์*. วันที่ 12-14 พฤษภาคม 2552. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2545). *ซีกง วิธีแห่งพลังเพื่อการบำบัดโรค*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2545). *คู่มือการบริหารกาย-จิตแบบซีกง*. กรุงเทพฯ : บียอนด์ พับลิชชิง.
- ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ. (2543). การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล* 15(3) : 1-20.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง และคณะ. (2549). อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 24 (3): 153-161.
- เพียงใจ ดาโลปการ. (2545). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนิกร ใจคำสืบ. (2549). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายต่อความเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุ่งนภา เขียวชะอ้า. (2552). *ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วลัยนารี พรหมลา. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วัชรวรรณ จันทรอินทร์. (2548). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซี้กง ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สงวนลิน รัตนเลิศ. (2546). *บาดเจ็บที่ศีรษะ การดูแลตามระบบคุณภาพ HA*. กรุงเทพฯ : โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.
- สุรีพร ธนศิลป์ และ คณะ. (2552). *เอกสารคำสอนการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 2*. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุทุมพร รูปเล็ก. (2549). *ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซี้กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *Nursing research*. 5th ed. USA.: W.B. Saunders Company.
- Dodd, M., et al. (2001). Nursing theory and concept development or analysis advancing the science of symptom management. *Journal of Advance Nursing* 33(5) : 668-676.
- Jennett, B., & Bond, M. (1975). *Assessment of outcome after severe brain damage*. *Lancet* 1 (7905): 480-4.
- Liang, M.S. & Wu, W. (1997). *Qigong Empowerment : A guide to medical Taoist buddhistwushu energy cultivation*. USA : The Way of the Dragon Publishing.
- Phipp, W. J., Long, B. C., Woods, N. F., & Cassmeyer, V. L. (1991). *Medical-surgical nursing concepts and clinical practice (4thed.)*. St.Louis : Mosby Year Book.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue. In V., Carrieri-Kohlman, A. M., Lindsey, & C. M., West (Eds.). *Pathophysiological phenomena in nursing : Human Responses to illness*. 279-302. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Piper, B. F. Diddle, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, 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
- Richardson, A., & Ream, E. (1997). Self - care behaviors initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. *International Journal of Nursing Studied* 34 (1) : 35-43.
- Ryu, H., et al. (1996). Acute effect of qigong training on stress hormone levels in man. *Am J Chin Med* 24 : 193-198