

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง  
ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



เรือเอกหญิง อุทุมพร รูปเล็ก

สถาบันวิทยบริการ


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT COMBINED WITH QIGONG PRACTICE  
PROGRAM ON FATIGUE OF CEREBROVASCULAR CAREGIVERS



Lieutenant Utumporn Rubleak

สถาบันวิทยุบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science  
Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย – จิตด้วย  
ซึ่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โดย

เรือเอกหญิง อุกุมพร รูปเล็ก

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

  
..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร. ชุตักดี ชัมภลิจิต)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อุทุมพร รูปเล็ก: ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิตด้วย  
ซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (THE EFFECT OF  
SYMPTOM MANAGEMENT COMBINED WITH QIGONG PRACTICE PROGRAM  
ON FATIGUE OF CEREBROVASCULAR CAREGIVERS) อ. ที่ปรึกษา:  
รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์, 159 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับ  
อาการร่วมกับการบริหารกาย - จิตแบบซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่ม  
ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่มี  
คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยคำนึงถึง  
ความคล้ายคลึงกันในเรื่องของคะแนนความเหนื่อยล้า และระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย กลุ่มควบคุมได้รับการ  
พยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิตแบบ  
ซึ่งก่และการพยาบาลตามปกติ ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก แบบจำลองการจัดการกับอาการ ของ Dodd  
และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย - จิตด้วยซึ่ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความ  
ต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ร่วมกับการบริหารกาย - จิตแบบซึ่ง ก่ และ 3)  
การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเหนื่อยล้า ซึ่งมีค่าความเที่ยง  
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
สถิติ Kolmogorov-Smirnov test สถิติการทดสอบที (Independent t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวน  
แบบการวัดซ้ำ (Repeated Measure Analysis of Variance)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองลดลงกว่า  
ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\bar{X}_{ก่อน} = 5.62$ ,  $\bar{X}_{หลัง 4 สัปดาห์} = 4.88$ ,  $\bar{X}_{หลัง 8 สัปดาห์} = 4.16$ ,  $F=151.72$ ,  $p < .05$ )
2. คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่ม  
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $\bar{X}_{ควบคุม} = 5.86$ ,  $\bar{X}_{ทดลอง} = 4.88$ ,  $t = 4.85$ ,  $p < .05$ ;  
 $\bar{X}_{ควบคุม} = 6.47$ ,  $\bar{X}_{ทดลอง} = 4.16$ ,  $t = 13.15$ ,  $p < .05$  ตามลำดับ)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....  
ปีการศึกษา.....2006.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*สุวีพร ธนศิลป์*

## 4877618536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD : FATIGUE / SYMPTOM MANAGEMENT / QIGONG / CEREBROVASCULAR CAREGIVERS

UTUMPORN RUBLEAK : THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT COMBINED WITH QIGONG PRACTICE PROGRAM ON FATIGUE OF CEREBROVASCULAR CAREGIVERS. THESIS ADVISOR : ASSOCIATE PROFESSOR SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 159 pp.

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of symptom management combined with Qigong practice program on fatigue of cerebrovascular patients' caregivers. The study sample were 40 cerebrovascular patients' caregivers at out-patients department, the Somdejprapinklao Hospital. The participants were random into the control groups and experimental group. The groups were matched in terms of fatigue score and ADL of patients. The control group receiving routine nursing care while the experimental group receiving the Symptom Management program combined with Qigong together with routine nursing care. This program based on the Symptom Management Model (Dodd, et al., 2001) and complementary concepts were comprised of 3 sessions: 1) symptom experience assessment, 2) knowledge providing combined Qigong practice, and 3) fatigue management evaluation. The instrument for collecting data was the fatigue Questionnaire and was tested for reliability with Cronbach's alpha coefficient of .90. Data were analyzed using descriptive statistics, and Repeated Measure Analysis of Variance.

The major findings were as follows:

1. The 4 and 8 weeks posttest mean scores on fatigue of the experimental group was significantly lower than at pretest ( $\bar{X}_{pre} = 5.62$ ,  $\bar{X}_{post\ 4\ wks} = 4.88$ ,  $\bar{X}_{post\ 8\ wks} = 4.16$ ,  $F=151.72$ ,  $p < .05$ ).
2. The 4 and 8 weeks posttest mean scores on fatigue of the experimental group was significantly lower than those of the control group ( $\bar{X}_{control} = 5.86$ ,  $\bar{X}_{experiment} = 4.88$ ,  $t = 4.85$ ,  $p < .05$ ; and 8 weeks  $\bar{X}_{control} = 6.47$ ,  $\bar{X}_{experiment} = 4.16$ ,  $t = 13.15$ ,  $p < .05$ , respectively).

Field of Study.....Nursing Science.....Student's Signature.....*Utumporn Rubleak*.....  
 Academic Year.....2006.....Advisor's Signature.....*Sureeporn Thanasilp*.....



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ท่านได้ให้คำแนะนำ คำชี้แจงต่าง ๆ รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขจุดบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ และความเมตตาเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในบุญคุณของท่านอย่างยิ่งจึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุภษดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นตลอดจนความรู้ที่มีประโยชน์ และแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูลที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่สละเวลาอันมีค่ากรุณาให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่กรุณาถ่ายทอดวิชาความรู้ คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ และประสบการณ์ในการเรียนรู้

ขอขอบพระคุณ กรมแพทย์ทหารเรือ และคณะกรรมการวิจัยของกรมแพทย์ทหารเรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตลอดจนหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ แผนกอายุรกรรมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และบุคคลที่สำคัญที่สุดคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกท่าน ที่เสียสละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณกรมแพทย์ทหารเรือ ที่สนับสนุนเวลาด้านการศึกษา รวมทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนสนับสนุนทุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ และขอบคุณ พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ร่วมรุ่นทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจ ช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ และเป็นมิตรที่ดีเสมอ

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และบุคคลที่เป็นที่รักของผู้วิจัยโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนช่วยเหลือ ให้ความหวังใจ และเป็นกำลังใจมาโดยตลอดจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง .....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย .....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	10
ขอบเขตของการวิจัย .....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	16
2. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	21
3. การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.....	37
4. แนวคิดการจัดการกับอาการ.....	53
5. แนวคิดการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชีกง.....	60
6. โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชีกง.....	69
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	72
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	77
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	79
การดำเนินการทดลอง.....	86

บทที่	ช	หน้า
3	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	89
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	90
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	105
	สรุปผลการวิจัย.....	109
	อภิปรายผลการวิจัย.....	109
	ข้อเสนอแนะ.....	114
	รายการอ้างอิง.....	116
	ภาคผนวก.....	129
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	130
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	132
	ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	135
	ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	140
	ภาคผนวก จ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	154
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	159



## สารบัญตาราง

ณ

ตารางที่		หน้า
1	ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา เพศของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง...	91
2	จำนวนและร้อยละของระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย และจำนวนชั่วโมงต่อวันที่ให้การดูแล.....	94
3	ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง.....	95
4	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และ หลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์.....	97
5	การเปรียบเทียบรายค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีของ Scheffe'.....	98
6	เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุม ในช่วงเวลาก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์.....	99
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	100
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายด้าน หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้าน.....	102
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายด้าน.....	103
10	แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าและระดับความพิการก่อนทดลอง.....	156

## สารบัญตาราง

ตารางที่		ญ หน้า
11	การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วย สถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	157
12	คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนทดลอง หลังทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์.....	158



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญภาพ

ฎ

ภาพที่

หน้า

1	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าตามแนวคิดทฤษฎีของไปเปอร์ และคณะ.....	33
2	ความสัมพันธ์ของแนวคิดในแบบจำลองการจัดการกับอาการ.....	53
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	76
4	สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	91
5	คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้า เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมในระยะเวลาต่างกัน.....	98



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชาชนในประเทศไทยยังคงมีสถิติเจ็บป่วย ด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ที่ สำคัญคือโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบมากที่สุดใ้ในโรคระบบประสาท จากรายงานการป่วยของผู้ ที่มารับบริการสาธารณสุข พบจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรวม 94,567 ราย (สำนัก นโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมองเกิดการแตก ติบ หรืออุดตันของเส้นเลือดทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นตาย เนื่อง จากการขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอัมพาต มักพบในอายุ 40 ปีขึ้นไป และเป็นโรคทางระบบประสาทเรื้อรัง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2538) จากการศึกษาของ Grant และคณะ (2002) พบว่าร้อยละ 40-60 ของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะได้รับความทุกข์ทรมาน จากการช่วยเหลือตนเองไม่ได้และร้อยละ 90 มีความพิการหลงเหลืออยู่ ตั้งแต่ความพิการเล็กน้อยจนไม่สามารถช่วยตนเองได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นร่วมด้วย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; Appelros และคณะ, 2003) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะระยะวิกฤตเท่านั้น เมื่อผ่านเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ และจำหน่ายกลับบ้านก่อนที่การฟื้นฟูจะเสร็จสมบูรณ์ จาก การศึกษาของ สูดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) พบว่าระยะแรกที่ผู้ป่วยกลับบ้านครอบครัวจะให้ความ สนใจช่วยเหลือแต่เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยผ่านไประยะเวลาหนึ่ง ครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือและ เอาใจใส่น้อยลง ผลักภาระการดูแลให้กับผู้ดูแลเพียงลำพัง ส่งผลให้เกิดความเครียด ท้อแท้ เบื่อ หน่าย ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา มณีวรรณ (2535) พบว่าการที่ผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้นจากหน้าที่เดิมที่มีอยู่ทำให้ไม่สามารถ จัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีกิจกรรมในการดูแล ผู้ป่วย โดยเฉลี่ยใช้เวลามากกว่า 9 ชั่วโมงต่อวัน (ชุตินา มาตยมูล, 2546) และจากการศึกษาของ วิไลพร ศรีธเนศ (2546) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.9 มีปัญหาสุขภาพ เพิ่มขึ้น หลังจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สูดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) กล่าวว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสุขภาพทรุดโทรมจากการที่ต้อง ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน เนื่องจากการทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อ สุขภาพของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม McLean และคณะ (1984) กล่าวว่า การดูแล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพร้อยละ 25 สอดคล้องกับการศึกษาของ วรธนา มีสุข (2548) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาสุขภาพภายหลังเป็นผู้ดูแลร้อยละ 72 โดยมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นมากถึงร้อยละ 21 และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อร้อยละ 53 จากการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะพักฟื้นให้เกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อวัน รวมถึงการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม และจากการศึกษาของ สุตศิริ หิรัญชุนหะ (2541) พบว่าการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในช่วงกลางคืน ปวดหลัง ปวดเข่าในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย นอนไม่หลับ มีเวลาในการพักผ่อนน้อย วิธีในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพรณี แก้วภรณ์ (2533) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดเมื่อยแขนขา ไหล่ หลัง คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการประคอง อุ้ม ยก และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของระวี เดือนดาว (2547) ที่พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ มีเวลาก็ขอลับ อยากมีคนช่วย อยากไปตรวจร่างกาย แต่ทั้งผู้ป่วยไม่ได้ อยากมีร่างกายที่แข็งแรงเพื่อจะดูแลผู้ป่วยได้นาน ซึ่งนับว่าปัญหาดังกล่าวคุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล จากความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539)

ผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแลพบว่า ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนอกจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลยังจะต้องอยู่กับผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (Kopachon, 2002; Songwattanayut, 2002) ดังนั้นผู้ดูแลจะได้รับการพักผ่อนได้น้อยลง ผู้ดูแลบางรายพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากในผู้ป่วยบางรายตื่นนอนในเวลากลางคืนและหลับพักผ่อนในเวลากลางวัน ทำให้ผู้ดูแลต้องมีรูปแบบการหลับที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาให้การดูแลผู้ป่วย จากเหตุผลดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าได้ เริ่มจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ปวดศีรษะ ปวดหลัง และปวดเมื่อยไปทั่วร่างกาย จากการอุ้ม ยก ประคองผู้ป่วย รวมถึงระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีแนวโน้มที่ร่างกายมีการติดเชื้ หรือมีไข้ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ เกิดภาวะน้ำตาลในเลือด และระดับคอเรสเตอรอลในกระแสโลหิตสูง เนื่องจากการมีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานมากขึ้นจนเกิดความดันโลหิตสูงขึ้น ในระบบทางเดินอาหารมีการผลิตน้ำย่อยเพิ่มขึ้นเกิดเป็นแผลในกระเพาะอาหาร ส่งผลให้เป็นโรคต่าง ๆ เช่น ภูมิแพ้ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ข้ออักเสบ และหอบหืด (Given และ Given, 1998; Teel และคณะ, 2001)

ผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากผู้ดูแลไม่เข้าใจในบทบาทหน้าที่ เกิดความรู้สึกคับข้องใจ ไม่ทราบว่าจะควรปฏิบัติตนอย่างไร จะต้องให้การดูแลทุกอย่างหรือจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเอง ต้อง

ปรับจิตใจให้ทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลอย่างถูกต้อง และเพียงพอ จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกยากลำบากในการปฏิบัติ ทำให้เกิดความเครียดได้ (รุจา ภูโพนุลย์, 2535) จากการศึกษาของ พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวณิชย์ (2543) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความเครียดในระดับปานกลาง ถึงร้อยละ 65 ทำให้อาจเกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Jensen และ Given (1991) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางถึงระดับสูง ร้อยละ 53 ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดที่ยาวนาน ร่วมกับการใช้พลังงานมาก จากการที่รับภาระในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ นอกจากหน้าที่เดิม ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าในผู้ดูแล (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536) ความเหนื่อยล้าในด้านจิตใจจะรบกวนความผาสุกทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลจะสับสน ว่ารุ่น คับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้ความสามารถ ขาดแรงจูงใจ เบื่อหน่าย มีภาวะเครียด (Aistras, 1987; Piper, 1993) โดยเฉพาะความเครียด กลัว วิดกกังวล และซึมเศร้า (Piper, 1993; จิราพร ศิริรัตน์, 2543) ความรู้สึกเหล่านี้จะเข้าไปกระตุ้นระบบประสาทลิมบิก ทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติมีการทำงานเพิ่มขึ้น เกิดกระบวนการเผาผลาญที่ผิดปกติ และมีการสะสมของกรดแลคติกมากขึ้น เป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เมื่อผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า จะมีผลกระทบต่ออารมณ์ การรับรู้ สูญเสียกระบวนการคิด ความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจบกพร่อง สมาธิและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง

จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาระงานมาก กล้ามเนื้อทำงานมากเกินไปหรือทำงานติดต่อกันนานเกินไป ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น เพื่อนำมาสร้างพลังงานให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รวมทั้งมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาเผาผลาญด้วย ทำให้เกิดการสะสมของกรดแลคติกในกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้า รวมถึงการเกิดความเหนื่อยล้าจากการเพิ่มขึ้นของไฮโดรเจนไอออนในกระแสโลหิต ในขั้นตอนปฏิกิริยาแอกติน-ไมโอซิน (Actin-myocin interactions) โดยไฮโดรเจนไอออนจะไปขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ คือไปแย่งแคลเซียมไอออนจับกับโทรโปนิน (Troponin) ส่งผลให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Jacob และ Piper, 1996: 1198) ซึ่งความเหนื่อยล้าจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่ให้พลังงานตามมา โดยเฉพาะการรับบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ และตื่นไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (สุดศิริ หิรัญชอุณหะ, 2541; Kopachon, 2002; Songwattanayut, 2002) รวมถึงผู้ดูแลยังมีความเครียดมากกว่าบุคคลทั่วไป (พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวณิชย์, 2543) เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลานาน ร่างกายจะตอบสนองต่อความเครียด โดยการกระตุ้น



การทำงานของประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ให้มีการหลั่ง Stress hormone ออกมากระตุ้นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าร่างกายถูกกระตุ้นเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้มีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ เมื่อพลังงานลดน้อยลง บุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้า (Aistars, 1987: 25)

ดังนั้นเมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการตอบสนองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล, 2544) หากมีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อยจะเป็นกลไกที่ช่วยป้องกันอันตรายจากการทำงานหนัก ทำให้ร่างกายได้พักผ่อน รวมทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงต่อภาวะเครียดที่จะมีผลกระทบต่อร่างกาย แต่ในขณะเดียวกันหากร่างกายมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับรุนแรงที่เกิดขึ้นบ่อย และคงอยู่เป็นเวลานานร่างกายจะมีการตอบสนองความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ (Piper และคณะ, 1987) มีการดึงพลังงานที่สะสมไว้ออกมาเกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีศีรษะหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ขาดสมาธิ ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาลดลง และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด (Magnusson และคณะ, 1999) นอกจากนี้ความเหนื่อยล้ายังมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Aistars, 1987; Piper และคณะ, 1987) ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ภายหลังจากการรับบทบาทผู้ดูแลพยาบาลจึงควรช่วยในการบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีศักยภาพในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเอง

การจัดการกับอาการ เป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างหนึ่งของพยาบาล (สภากาพยาบาล, 2541) บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเหนื่อยล้าจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย (อภันตรี กองทอง, 2544) พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ดูแลมากที่สุด จึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้เกิดศักยภาพในการจัดการกับความเหนื่อยล้าได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด การจัดการกับอาการ ต้องมุ่งเน้นการปรับประสบการณ์ กล่าวคือ ปรับการรับรู้ การประเมินและการตอบสนองต่ออาการ และปรับกลวิธีในการจัดการกับอาการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้อาการรุนแรงลดลง (Dodd และคณะ, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า เมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ผู้ดูแลจะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นตามความเชื่อเดิม หรือนำการรับรู้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตมาใช้จัดการกับอาการ ตามการบอกกล่าวของผู้อื่น และพบว่าวิธีจัดการกับความเหนื่อยล้าส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.3 ใช้การนอนหลับพักผ่อนและการงีบหลับ (Graydon และคณะ, 1995; Richardson และ

Ream,1997) นอกจากนี้ยังพบวิธีอื่นที่นำมาใช้จัดการกับความเหนื่อยล้าได้ เทคนิคการผ่อนคลาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เป็นต้น แต่จากการศึกษาของ Richardson และ Ream (1997) พบว่ากลวิธีในการดูแลตนเองดังกล่าว ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ทั้งหมด โดยพบว่า ร้อยละ 53.7 สามารถบรรเทาอาการได้เพียงบางส่วน และ ร้อยละ 9.4 พบว่า ไม่สามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้เลย ดังนั้นการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลจึงควรมีกิจกรรมช่วยเสริมให้ผู้ดูแลมีการจัดการกับความเหนื่อยล้าให้ได้ผลดีที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกกำลังกายและการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่วยลดอาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยได้ (Mock และคณะ, 1997; Lee, 2000; Schwartz, 2000; อภิพันธุ์ทอง, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด (วัชรวรรณ จันทรินทร์, 2549) ซึ่งการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง ถือเป็นการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Alternative medicine or Complementary therapy) ที่เน้นการเคลื่อนไหว การปฏิบัติสมาธิ และการกำกับลมหายใจ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของพลังแห่งชีวิต ช่วยในการไหลเวียนของโลหิต และเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย สามารถใช้ได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่เจ็บป่วยรุนแรง เป็นวิธีการเยียวยาตนเองวิธีหนึ่งที่ใช้กันมากที่สุด โดยเป็นการปฏิบัติสมาธิแบบเคลื่อนไหว ช่วยเพิ่มปริมาณของสารสื่อประสาทโมโนเอมีน เช่น Norepinephrine Dopamine ช่วยลดซีโรโทนิน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546; Liang, 1997) การฝึกบริหารแนวซึ่งที่จะได้ผลดีต่อร่างกาย และจิตใจต้องใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

ตามที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยของปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และยังพบว่ามีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการนำโปรแกรมการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง มาใช้ในการลดความเหนื่อยล้า ดังนั้นเพื่อการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ผู้วิจัยเห็นความสำคัญจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง จากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดเกี่ยวกับซึ่ง ซึ่งน่าจะทำให้ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจะส่งผลให้ดำรงบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้อย่างเต็มศักยภาพ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง

2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิตด้วยชีกงกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการบริหารกาย - จิตด้วยชีกง น้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการบริหารกาย - จิตด้วยชีกงหรือไม่
2. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการบริหารกาย - จิตด้วยชีกง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเป็นอาการ หรืออาการแสดงที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้ดูแลต้องมาพบแพทย์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และรบกวนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ดูแล Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการจะต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน และการจัดการกับอาการ เป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของผู้ดูแลในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่ตามมา โดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญ ซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับผิดชอบต่อการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การจัดการกับอาการจะมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นอยู่กับความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง เพื่อเป็นโปรแกรมที่ใช้จัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลในการจัดการกับอาการ โดยพัฒนาจากแบบ จำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวถึงแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) โดยประสบการณ์การมีอาการของผู้ดูแล ประกอบด้วย การรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองกับอาการที่เกิดขึ้น พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของอาการ โดยให้ผู้ดูแลค่อย ๆ ผ่านเข้าสู่กระบวนการตระหนักรู้ จนกระทั่งผู้ดูแลสามารถให้ความหมาย และความสัมพันธ์ของสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ ซึ่งการที่ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งเหล่านี้ จะทำให้สามารถจัดการกับอาการ

ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลคือ การทำความเข้าใจกับประสบการณ์การมีอาการ โดยการรับฟังและสอบถามจากผู้ดูแลในมุมมอง และการรับรู้ของตัวผู้ดูแลเอง

2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) มีเป้าหมายเพื่อป้องกันในการเกิดผลลัพธ์ทางด้านลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดช้าที่สุด โดยใช้กลวิธีในการดูแลตนเองโดยพยาบาลจะให้ความรู้ที่ถูกต้องให้การสนับสนุนด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังประกอบไปด้วยกลวิธีการใช้ยาในการรักษาอาการหรือกลวิธีที่อาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ ช่วยในการจัดการกับอาการที่รุนแรง โดยที่ผู้ดูแลไม่สามารถบรรเทาอาการนั้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา 3) ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการ และเป็นผลที่ได้จากกลวิธีจัดการกับอาการ

การบริหารกาย-จิตด้วยชี่กึ่งช่วยบรรเทาอาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และยังเป็นการเพิ่มพลังให้จิตวิญญาณแก่ผู้ฝึกอีกด้วย ซึ่งเป็นผลมาจากการผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายกรดแลคติก และกรดยูริกซึ่งคั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อออกมาจึงทำให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง และคลายความเหนียวล้าได้ (พิมพร ลีลาพรพิสิฐ, 2545; Karyn, 1999) นอกจากนี้ผลที่ได้รับจากการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กึ่งยังทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานดีขึ้น เพิ่มระบบการไหลเวียนของเลือด และน้ำเหลืองไหลเวียนดีไม่ตีบตันทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น มีเลือดใหม่เข้ามาแทนที่เลือดเก่า โดยนำเอาออกซิเจนมาด้วย เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ จึงไม่เกิดกระบวนการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนขึ้น และไม่เกิดการคั่งค้างของของเสียในร่างกาย นอกจากนี้การบริหารกาย-จิตด้วยชี่กึ่งยังมีส่วนช่วยขจัดกรดแลคติกที่คั่งค้างในกล้ามเนื้อออกมาส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง และมีแรงในการหดตัวมากขึ้น สามารถบรรเทาความเหนียวล้าที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กึ่งยังทำให้ระบบทางเดินอาหาร และลำไส้ทำงานได้ดี ช่วยให้ร่างกายมีการดูดซึมสารอาหารและสร้างพลังงานมากขึ้น จึงไม่เกิดเป็นความเหนียวล้า การบริหารกาย-จิตด้วยชี่กึ่ง ยังเน้นการฝึกจิตให้เกิดสมาธิ และสงบไปพร้อมกับการเคลื่อนไหว และการหายใจ ซึ่งก่อให้เกิดการผ่อนคลายเช่นกัน ลักษณะเช่นนี้ทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเด่นขึ้น และมีผลทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลงและทำให้จิตใจเข้มแข็งขึ้นได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545) ส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น เนื่องจากแนวคิดที่ว่ากายและจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยของกายย่อมมีผลต่อจิต ในทำนองเดียวกันเมื่อมีสิ่งมากระทบจิตก็ย่อมมีผลกระทบต่อกายด้วยเช่นกัน

ด้วยเหตุผลดังกล่าวมา ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กึ่ง ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้



## ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล

โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ และมีน้ำใจในตัวผู้วิจัย ช่วยให้การสอน หรือการให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า สาเหตุ และผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้การบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กในการบรรเทาความเหนื่อยล้าจากผู้ดูแลก่อน เนื่องจากบุคคลในวัยผู้ใหญ่มักผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้ จึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ โดยผู้วิจัยจะสอบถามและรับฟัง พร้อมทั้งประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลก่อน ช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนมาสนใจในทุกข์สุขของตน เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์กลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ และของผู้ป่วย แบบประเมินความเหนื่อยล้า จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายนความรู้สึก

## ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการกับอาการ

**2.1 การให้ความรู้** ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้น และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลองซึ่งประกอบไปด้วยเรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง สภาวะของผู้ป่วยกับการดูแล ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล และประโยชน์ของการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล ในเรื่องของสาเหตุของความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น นอกจากจะมีสาเหตุหลักจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังมีสาเหตุซึ่กน้อื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่ การจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสม การพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เหมาะสม นอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้วนั้น ภาวะทางด้านอารมณ์ ก็เป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า อาทิเช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด จะทำให้ง่ายกายต้องใช้พลังงานมากขึ้น ความต้องการออกซิเจนก็มากขึ้น และผลกระทบของความเหนื่อยล้าซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งร่างกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น จึงมีการนำพลังงานที่เก็บสะสมมาใช้ทำให้เกิดการอ่อนเพลีย เหนื่อยอ่อน (Tiredness) หหมดพลังจนถึงหมดแรง (Exhaustion) เหนื่อยล้ากล้ามเนื้อ มีน้ิรชะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกง่วงซึ่มตลอดเวลา การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง มีพฤติกรรมซึ่มเศร้า ความกระตือรือร้นสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ชอบอยู่คนเดียว

ในที่สุดจะแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมีเกิดขึ้นในร่างกาย คือ มีการดแลคติกและคาร์บอนไดออกไซด์เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีสภาพเป็นกรดมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง และจิตใจมีความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโกรธ กระวนกระวายใจ และมีอารมณ์ไม่มั่นคงเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น กระสับกระส่าย ชุนเฉียว โมโหง่าย ความอดทนลดลง ความเหนื่อยล้ายังทำให้บุคคลสูญเสียกระบวนการคิด ความสามารถเกี่ยวกับการตัดสินใจในการทำงานลดลง หลงลืม ไม่มีสมาธิ การรับรู้และความจำสั้น คิดอะไรไม่ออก เกิดความสับสนซึ่งมีผลทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง ดังนั้นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารเหมาะสม การฝึกบริหารกาย - จิตด้วยซึกง โดยเน้นที่ประโยชน์ของการฝึกบริหารกาย - จิตด้วยซึกง การฝึกบริหารกาย - จิตด้วยซึกงนั้น จะก่อให้เกิดการผ่อนคลาย และการพัฒนาจิต ซึ่งมีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในแง่ของช่วยให้เกิดภาวะผ่อนคลาย รวมถึงการสร้างสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดอันเกิดจากภาระงาน และสามารถช่วยให้ผู้ดูแลควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น ซึ่งทำให้อุบัติเหตุชกน้าที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า

**2.2 การบริหารกาย-จิตด้วยซึกง** ผู้วิจัยสอนพร้อมสาธิตท่าในการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึกง 4 ท่า คือท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา และให้กลุ่มทดลองปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัยที่ละท่า หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามถึงความรู้สึกในการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึกง ผู้วิจัยตอบข้อสงสัยและช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคโดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์และผลที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติในขณะที่อยู่ที่บ้าน และหากมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้น จึงให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับวางแผนแก้ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ดูแล รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ดูแลยังเข้าใจไม่ถูกต้องหรือยังไม่เข้าใจอีกครั้ง

โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ดูแลในแต่ละราย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับให้คู่มือการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบบันทึกการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึกงของผู้ดูแลและวีดิทัศน์ การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึกง ให้ผู้ดูแลได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติที่บ้าน อย่างน้อย 3 ครั้ง / สัปดาห์ และปฏิบัติอย่างน้อยครั้งละ 15 นาที

**ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล** เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไรมีปัญหาหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน



ระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย ร่วมกับการประเมินความยากง่ายของท่าทาง ในการบริหารกาย – จิต ด้วยซีกง โดยการสอบถามความสามารถในการปฏิบัติจากผู้ป่วยเป็นระยะ และเป็นการประเมินผล ที่ผู้ดูแลได้รับ จากกิจกรรมการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการ กับอาการและการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ และการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง

2. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการ กับอาการและการบริหารกาย-จิตด้วยซีกงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบแผนการศึกษา แบ่งออกเป็น สองกลุ่ม โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ และโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง เก็บข้อ มูลระหว่างวันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2549 ถึง วันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2550

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรม การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิตด้วยซีกง

ตัวแปรตาม คือ ความเหนื่อยล้า โดยใช้รูปแบบการศึกษาความเหนื่อยล้าของ Piper และ คณะ (1987) ซึ่งในงานวิจัยนี้ ประยุกต์ใช้ผลการศึกษามลของผู้ป่วยมาเป็นเครื่องมือวัดความ เหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง** หมายถึง กิจกรรมที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า เป็นกิจกรรมการพยาบาลอย่างมีแบบแผน ที่เน้นการมีส่วนร่วม ระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล** โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ และมั่นใจ ในตัวผู้วิจัย ช่วยให้การสอน หรือการให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แจ้งวัตถุประสงค์และขอ

ความร่วมมือในการทำวิจัย เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้การบริหารกาย-จิตด้วยชีกงในการบรรเทาความเหนื่อยล้าจากผู้ดูแลก่อน เนื่องจากบุคคลในวัยผู้ใหญ่มักผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาแล้ว ดังนั้นการให้ความรู้ จึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ โดยผู้วิจัยจะสอบถามและรับฟัง พร้อมทั้งประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลก่อน ช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีความสนใจในทุกข์สุขของตน เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์กลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของญาติ และของผู้ป่วย แบบประเมินความเหนื่อยล้า จากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายนความรู้

## ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการกับอาการ

2.1 การให้ความรู้ ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและตามอาการที่เกิดขึ้น และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลองซึ่งประกอบไปด้วยเรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง สภาวะของผู้ป่วยกับการดูแล ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล และประโยชน์ของการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชีกง โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล ในเรื่องของสาเหตุของความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น นอกจากจะมีสาเหตุหลักจากการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังมีสาเหตุอื่นๆอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่ การจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสม การพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เหมาะสม นอกจากสาเหตุดังกล่าวแล้วนั้น ภาวะทางด้านอารมณ์ ก็เป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า อาทิเช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด จะทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้น ความต้องการออกซิเจนก็มากขึ้น และผลกระทบของความเหนื่อยล้าซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งร่างกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น จึงมีการนำพลังงานที่เก็บสะสมมาใช้ทำให้เกิดการอ่อนเพลีย เหนื่อยอ่อน (Tiredness) หหมดพลังจนถึงหมดแรง (Exhaustion) เหนื่อยล้ากล้ามเนื้อ มีน้ตื้นชะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกง่วงซึมตลอดเวลา การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง มีพฤติกรรมซึมเศร้า ความกระตือรือร้นสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ชอบอยู่คนเดียว ในที่สุดจะแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมีเกิดขึ้นในร่างกาย คือ มีการลดระดับของคาร์บอนไดออกไซด์เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กล้ามเนื้อสภาพเป็นกรดมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง และจิตใจมีความตึงเครียด ความ

วิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโกรธ กระวนกระวายใจ และมีอารมณ์ไม่มั่นคงเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น กระสับกระส่าย ขุนเขี้ยว โมโหง่าย ความอดทนลดลง ความเหนื่อยล้ายังทำให้บุคคลสูญเสียกระบวนการคิด ความสามารถเกี่ยวกับการตัดสินใจในการทำงานลดลง หลงลืม ไม่มีสมาธิ การรับรู้และความจำสั้น คิดอะไรไม่ออก เกิดความสับสนซึ่งมีผลทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง ดังนั้นการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การพักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารเหมาะสม การฝึกบริหารกาย - จิตด้วยซึกัง โดยเน้นที่ประโยชน์ของการฝึกบริหารกาย - จิตด้วยซึกัง การฝึกบริหารกาย-จิตด้วย ซึกังนั้น จะก่อให้เกิดการผ่อนคลาย และการพัฒนาจิต ซึ่งมีประโยชน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในแง่ของช่วยทำให้เกิดภาวะผ่อนคลาย รวมถึงการสร้างสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดอันเกิดจากภาระงาน และสามารถช่วยให้ผู้ดูแลควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น ซึ่งทำให้ลดสาเหตุชักนำที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า

**2.2 การบริหารกาย-จิตด้วยซึกัง** ผู้วิจัยสอนพร้อมสาธิตท่าในการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึกัง 4 ท่า คือท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา และให้กลุ่มทดลองปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัยที่ละท่า หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามถึงความรู้สึกในการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึกัง ผู้วิจัยตอบข้อสงสัย และช่วยหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรค โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์และผลที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติในขณะที่อยู่ที่บ้านและหากมีปัญหหรืออุปสรรคเกิดขึ้น จึงให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับวางแผนแก้ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ดูแล รวมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่ผู้ดูแลยังเข้าใจไม่ถูกต้อง หรือยังไม่เข้าใจอีกครั้ง

โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ดูแลในแต่ละราย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับให้คู่มือการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบบันทึกการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึกังของผู้ดูแลและวีดิทัศน์ การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึกัง ให้ผู้ดูแลได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้าน อย่างน้อย 3 ครั้ง / สัปดาห์ และปฏิบัติอย่างน้อยครั้งละ 15 นาที

**ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล** เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไรมีปัญหหรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย ร่วมกับการประเมินความยากง่ายของท่าทาง ในการบริหารกาย-จิตด้วยซึกัง โดยการสอบถามความสามารถในการปฏิบัติจากผู้ดูแลเป็นระยะ และเป็นการประเมินผลที่ผู้ดูแลได้รับ จากกิจกรรมการบริหารกาย-จิตด้วยซึกัง

**ความเหนื่อยล้า** หมายถึง ความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย อิดโรย ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรงของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งครอบคลุมมิติ 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีผลต่อระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าและผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงานและการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมว่ามีผลกระทบในระดับใด

2. ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อลักษณะความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนว่าความเหนื่อยล้านั้นเป็นอย่างไร เป็นเรื่องปกติหรือผิดปกติ เป็นคุณประโยชน์หรือเป็นโทษ

3. ด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อตนเองว่ามีความเข้มแข็ง มีพลังกำลัง มีความสดชื่น มีชีวิตชีวาอยู่ในระดับใด

4. ด้านสติปัญญาและอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อตนเองว่ามีความสามารถในการจดจำสิ่งต่าง ๆ หรือมีความสามารถที่จะมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper และคณะ (1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดย เพ็ญใจ ดาโลปการ (2545)

**ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง บุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา บุตรของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในเรื่องความเป็นอยู่และช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการดำรงชีวิต โดยพักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย และต้องเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขภาพพิทักษ์ส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่พยาบาลประจำการปฏิบัติกับผู้ป่วยและญาติเช่นที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายบุคคล โดยใช้แผนผังร่วมกับการสอนสาธิต

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ทางด้านการพยาบาลสามารถนำเอาผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาบทบาทและความสามารถของพยาบาล ในการพัฒนาการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและเป็น การปฏิบัติการพยาบาลที่มีการนำความรู้จากการวิจัยรองรับ เพื่อช่วยลดระดับความเหนื่อยล้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้
2. ทางด้านการศึกษา สามารถนำเอาผลการวิจัยเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่พยาบาล ประจำการที่ปฏิบัติงานในคลินิก รวมทั้งนักศึกษาพยาบาลให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อช่วยลด ระดับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้อย่างเหมาะสม
3. ทางด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า พัฒนาการวิจัยและค้นหารูปแบบ การบำบัดทางการพยาบาลอื่น ๆ เพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ ต่อไป

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กตต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ไว้ในหัวข้อต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.1 ความหมายแนวคิดของผู้ดูแล
  - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล
  - 1.3 สาเหตุของการเป็นผู้ดูแล
  - 1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.1 โรคหลอดเลือดสมองและการรักษาพยาบาล
  - 3.2 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 3.3 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเหนื่อยล้า
4. แนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management model)
5. แนวคิดการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชี่กต
6. โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชี่กต
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



## 1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแล เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จึงมีความจำเป็นอย่างมากในการพึ่งพาผู้ดูแล ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องให้การสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เช่นจะต้องประเมินความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังจะต้องทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจา หรือติดต่อกับบุคลากร หรือองค์กรทางสุขภาพ เพื่อการรักษาพยาบาล หรือช่วยประสานงานลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ระหว่างการดำเนินการรักษาตามระบบแพทย์สมัยใหม่ และการรักษาแผนโบราณ ตามความเชื่อของผู้ป่วยและยังอาจจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการเงินอีกด้วย

### 1.1 ความหมายของผู้ดูแล (Caregiver) หรือผู้ดูแลที่บ้าน (Informal Caregiver or Family Caregiver)

ผู้ดูแล มาจากภาษาอังกฤษที่พบบ่อยอยู่หลายคำ เช่น “Carer” หรือ “Caregiver” หรือ “Informal care” แม้ว่าคำว่าผู้ดูแลจะถูกใช้บ่อย ๆ แต่มักใช้กันผิด ๆ อยู่เสมอ เราอาจจะบอกว่าผู้ดูแลก็คือใครก็ได้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามผู้ดูแลอาจแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาล หรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน และได้รับเงินค่าตอบแทน เรียกว่า “Formal care” ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health care assistant) ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งคือผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับการ ฝึกฝนมาก่อนการดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 และที่สำคัญก็คือไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนแต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ที่เราจะเรียกผู้ดูแล กลุ่มนี้ว่า “Informal care” หรือ “Carer” ซึ่งอาจจะมาจากความสัมพันธ์ ทางกรรมสิทธิ์ หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย บุคคลกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่เผชิญกับภาวะความเครียดสูงกว่าจึงได้รับความสนใจ เพื่อหาแนวทางให้การช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น โดยที่ส่วนใหญ่จะเป็นสามี หรือภรรยาของผู้ป่วยและมักสูงอายุด้วยกันทั้งคู่ (Bell และ Gibbons, 1989; Twigg, 1992 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2543)

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร รวมถึงบุคคลสำคัญอื่น ๆ เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้านหรือบุคคลสำคัญในชีวิต ที่ให้การดูแล

ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลโดยการช่วยเหลือที่ให้นั้นจะไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน (Davis, 1992)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นที่บ้าน ซึ่งอาจเป็นบิดา มารดา บุตรธิดา พี่น้อง คู่สมรส โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นค่าตอบแทน เป็นค่าจ้างประจำ ถ้ามีหลายคนจะถือเอาผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดเท่านั้น (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539)

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติ หรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น คู่สมรส บิดามารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตและผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะเปลี่ยนแปลง เนื่องจากโรคหรือความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพของร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความ ต้องการการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษา โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้เกี่ยวข้องหรือ ผู้รับจ้างดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในเรื่องความเป็นอยู่และช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการดำรงชีวิต (อารมณีย์ บุญเกิด, 2541 )

ผู้ดูแล ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 หมายถึง ผู้เอาใจใส่ ปกป้องรักษา และปกครอง

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว และให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน โรงพยาบาล (นันทพร ศรีน้อม, 2544 )

ผู้ดูแล หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลรับผิดชอบในทุกๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นเรื่องชีวิต ความเป็นอยู่ สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม อาจจะพักอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยหรือไม่ก็ได้ (คัทธรียา รัตน์วิมล, 2545)

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน เช่น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือญาติพี่น้อง โดยไม่นับรวมถึงผู้รับจ้างดูแล (เสาวลักษณ์ เนตรขัง, 2545)

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ดูแลเป็นบุคคลธรรมดาที่สามารถคาดการณ์ การตอบสนองภาวะพร้อมของการดูแลของแต่ละบุคคลผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นภรรยาหรือบุตรสาว (Dring, 1989 อ้างในจารึก ธานีรัตน์, 2545)

National Family Caregiver Association U.S.A. (2003) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัว เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ที่ให้การช่วยเหลือดูแลด้วยความรัก ความผูกพันในผู้ป่วยเรื้อรังหรือผู้พิการ

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย และเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ที่ศีรษะในขณะอยู่ที่บ้านมากที่สุดอย่างน้อยเป็นเวลา 1 เดือนโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้าง ประจำและ เป็นการดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเป็นรายแรก (จรรยา กฤตติยารวรรณ, 2546)

สรุปความหมายของผู้ดูแล ที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ความหมาย ของผู้ดูแล ว่าหมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย หรือญาติ เช่น คู่สมรส บิดามารดา บุตร หรือ ญาติพี่น้อง โดยไม่นับรวมถึงผู้รับจ้างดูแล ที่ให้การช่วยเหลือหรือทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้ เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ที่รับผิดชอบในการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้านในเรื่องความเป็นอยู่ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการ ดำรงชีวิต

## 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

Lubkin (1986 อ้างถึงใน สุจิตรา เหลืออมรเลิศ, 2537) ได้จำแนกผู้ให้การดูแลไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะของกิจกรรมการดูแล ได้แก่

1) ผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Provider) เป็นผู้ให้การช่วยเหลือด้านร่างกาย ส่วนบุคคล ตามความต้องการ ซึ่งมักยึดติดกับแบบแผนการรักษาเป็นส่วนใหญ่ เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว ให้ยา ตามเวลา เป็นต้น

2) ผู้จัดการดูแล (Care manager) เป็นผู้จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ และการสนับสนุนต่าง ๆ อย่างดีที่สุด และอาจช่วยตอบแทนตามความต้องการทางด้านจิตสังคม แก่ผู้ป่วย เช่นพาผู้ป่วยไปซื้อของ ไปพักผ่อน เป็นต้น

ศิริพันธ์ สาสัตย์ (2543) ได้แบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้ คือ

1) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากวิชาชีพ หรือผู้ที่เคยได้รับการฝึกอบรม ในด้านการดูแลมาก่อน และได้รับเงินเป็นการตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล (Health Care Worker) รวมทั้งผู้ดูแลที่ได้รับจ้างมาจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรม มาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อ หนึ่ง และที่สำคัญก็คือไม่ได้รับเงินเป็นการตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึก ในบุญคุณหรือหน้าที่ ซึ่งอาจเนื่องมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรสหรือครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย

ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้จำแนกผู้ดูแลตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วย และการใช้เวลาในการดูแล ไว้ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ดูแลสุขภาพพิทยาส่วนบุคคล ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ทำความสะอาดแผล ช่วยในการขับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวข้องกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

จากรายงานการวิจัยในต่างประเทศและในประเทศ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่มักเป็นเพศหญิงวัยกลางคน สถานภาพสมรส โสด หรือแต่งงานมีบุตร เป็นแม่บ้านหรือประกอบอาชีพนอกบ้าน ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลในครอบครัวหนึ่ง ๆ จะเหมาะสมหรืออยู่ในข่ายที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัจจัยสำคัญเบื้องต้นที่เป็นปัจจัยภายในแต่ละบุคคลก็คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และงานประจำหรืออาชีพที่ทำอยู่ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล มากน้อยเพียงใด ซึ่งต้องพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ด้วย ซึ่งได้แก่ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากภาระในการดูแลที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแล (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539: 86-87) นอกจากนี้ วิลมรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช (2537: 33) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว เป็นคู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง หรือ อาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น เพื่อน ซึ่งการให้การดูแลนั้น แตกต่างจากลักษณะสัมพันธ์ภาพตามปกติในครอบครัว หรือในสังคม เพราะการดูแลนั้น เกิดจากความต้องการของผู้เจ็บป่วย หรือผู้พิการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

### 1.3 สาเหตุของการเป็นผู้ดูแล

ภาระงานที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วย มีสาเหตุมาจาก

1) ข้อจำกัดหรือความพร่องทางร่างกาย หรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรคความพิการ หรือความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วยซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activities of daily living) หรือกิจกรรมขั้นสูง (Instrumental activities of daily living) ก็ตาม



2) ปัญหาความพร่องทางความคิดสติปัญญา (Cognitive impairment) หรือความเป็ยง เบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งอาจพบในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคสมองเสื่อม ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้โดยมากจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้นญาติผู้ให้การดูแลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ นอนเนื่องจากไม่สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือล่วงหน้าได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการการดูแลประเภทนี้มักจะเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

#### 1.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ภายหลังรับบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองทุก ๆ ด้านที่ผู้ป่วยต้องการ หน้าที่ของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติมีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

1.4.1 การช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นผู้หนึ่งที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บางรายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การกระตุ้นลำไส้ กิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นต้องใช้เทคนิคเฉพาะ เช่น การชีดยาอินซูลิน การให้อาหารทางสายยาง และการทำแผล เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องมีความชำนาญในแต่ละด้านที่ผู้ป่วยของตนเองต้องการ

1.4.2 การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการรับรู้เสียไปและอารมณ์เปลี่ยนแปลง หงุดหงิดง่าย อารมณ์เสีย ซึมเศร้า หวาดระแวง อารมณ์รุนแรง และหวาดกลัวการถูกทอดทิ้ง พวกเขาต้องการผู้ดูแลที่เข้าใจทุกอย่าง ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจะต้องให้การสนับสนุนทั้งหมด ทั้งด้านจิตวิญญาณ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การให้ความหวัง และกำลังใจในการฟื้นฟู

1.4.3 ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลจำเป็นต้องเป็นผู้จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดและปลอดภัย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องเตรียมว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแล เช่น อาหาร เสื้อผ้า และสิ่งต่าง ๆ ที่มีความจำเป็น ตัวอย่างเช่น การติดตั้งราวไม้ที่ผู้ป่วยใช้ฝึกเดิน พื้นบ้านควรสะอาด แต่ไม่ควรลื่นเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยลื่นล้ม รวมถึงการจัดสถานที่ที่เหมาะสม ไม่มีของแหลมคมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

1.4.4 การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการบำบัด เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้จนปกติ แต่ในกรณีที่มีอัมพาต

ครั้งซีก ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการออกกำลังกาย แขน ขา และการฝึกยืน เดิน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องฝึกให้การช่วยเหลือจากนักกายภาพบำบัด และช่วยฝึกให้ผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังจะต้องฝึกให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร การดูแลแผล การฝึกการขับถ่าย

1.4.5 การติดต่อสื่อสาร ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องเป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลต่าง ๆ รวมถึงสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันการขาดการติดต่อและการขัดแย้ง

1.4.6 ด้านการเงิน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายจะต้องเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการเงินด้วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจัดหาได้ด้วยตนเอง

1.4.7 การตัดสินใจ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นผู้ค้นหา เช่น เลือกรักษา และเลือกที่จะให้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย

จากภาระงานที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาหลาย ๆ ด้าน ในระยะยาว ส่งผลทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ จนเกิดเป็นความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

## 2. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นบุคคลในวัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ บุคคลที่มีภาวะสุขภาพสุขภาพดี หรือเจ็บป่วยก็ตาม (Piper,1986) เนื่องจากความเหนื่อยล้าเป็นอาการป้องกันตัวอย่างหนึ่ง เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย พบได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรงโดยความเหนื่อยล้าเป็นเครื่องเตือนภัยให้บุคคลลดความต้องการ การในการทำงานน้อยลง ตลอดจนถึงหลีกเลี่ยงต่อภาวะเครียดที่มีผลกระทบต่อร่างกาย (Hart และ Milde,1990: 270) แต่ถ้าหากไม่มีความเหนื่อยล้าเป็นเครื่องเตือนภัยจะเกิดการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย (Pickard-Holley,1991:15) โดยบุคคลเมื่อมีความเหนื่อยล้าจะส่งผลให้ร่างกายเกิดความต้องการพักผ่อนไม่ยอมมีกิจกรรม เพื่อให้ร่างกายได้ฟื้นฟูสภาพ แต่ถ้าความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นบ่อยๆ และคงอยู่นานจะรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน และกระทบถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ (Aistrs,1987; Piper, 1993)

### 2.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ (Multidimensional phenomenon) เกิดได้จากหลายสาเหตุและหลายปัจจัยร่วมกัน (วันชัย วนะชีวนาวิน, 2537: 23;



Ream และ Richardson, 1999: 1295) ไม่ว่าจะ เป็นปัจจัยทางด้านร่างกายหรือจิตใจ โดยการแสดงออกของความเหนื่อยล้ามีหลายด้าน ทั้งในด้านที่เป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคล (Subjective) ซึ่งได้แก่ จากประสบการณ์ (Experience) หรือจากการรับรู้ (Perception) ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการแสดงออกถึงความเหนื่อยล้า จากอาการที่ตรวจพบ (Objective) ซึ่งได้แก่อาการที่แสดง ทางกายภาพ (Physiological) ชีวเคมี (Biological) และจากพฤติกรรมการแสดงออก (Behavioral) โดยบุคคลจะให้ความหมายของความเหนื่อยล้าอย่างไรขึ้นอยู่กับ การรับรู้และประสบการณ์ของคนที่ได้ประสบมา (Piper, และคณะ 1987; เพียงใจดาโลปการ, 2545: 26)

### **ความเหนื่อยล้าในความหมายของสาขาวิชาการพยาบาล**

ความเหนื่อยล้า หมายถึง อาการและประสบการณ์เฉพาะบุคคลโดยเป็นความรู้สึกว่าเหน็ดเหนื่อย หดแรงแรง และมีการลดลงของความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางกายและจิตใจไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยวิธีการพักผ่อน (The North America Nursing Diagnosis Association cited in Aaronson และคณะ 1999: 46)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของการรับรู้ว่ามีอาการที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายเกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั่วร่างกายโดยเริ่มจากความเหน็ดเหนื่อยจนถึงรู้สึกหมดแรงแรงโดยไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะการอื่นต่าง ๆ ของร่างกายและจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรตามปกติของบุคคล (Ream และ Richardson, 2002: 301)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น คือรู้สึกไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย อิดโรย เหนื่อย ขาดพลังงานจนอาจถึงหมดแรงแรง ซึ่งเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดกับทุกส่วนพร้อมกันก็ได้ โดยความรู้สึกเหนื่อยที่เกิดขึ้นได้รับอิทธิพลมาจากจังหวะชีวภาพ (Circadian rhythm) ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามความรุนแรงและระยะเวลาของความไม่สุขสบายของบุคคลนั้น (Piper และคณะ 1987: 19)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ คือ บุคคลจะรับรู้ได้ด้วยตนเอง และจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ โดยการรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า นั้น โดยการประเมินความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ได้ด้วยตนเอง 4 มิติ คือ 1) มิติด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ซึ่งประกอบได้ด้วยผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) ด้านการให้ความหมายของความความเหนื่อยล้า คือการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทั้งต่อร่างกายและจิตใจ 3) ด้านความรู้สึกของความความเหนื่อยล้า ที่มีต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์และการประเมินความเหนื่อยล้า

จากอาการแสดงที่ผู้อื่นสังเกตเห็นจะประเมินได้จาก ทางกายภาพ ชีวเคมี และพฤติกรรม การแสดงออก (Piper และคณะ 1998: 678)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ซึ่งอาจเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดพร้อมๆกับทุกส่วน และอาจมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสติปัญญาาร่วมด้วย (วัชรวรรณ จันทรินทร์, 2548)

จากความหมายของความเหนื่อยล้าที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น พอสรุปได้ว่า ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรง ซึ่งอาจเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดพร้อมๆกับทุกส่วน และอาจมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสติปัญญา และอารมณ์ร่วมด้วย แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกความหมายของความเหนื่อยล้าตามแนวคิดของ Piper และคณะ (1987, 1988) มาใช้เป็นความหมายของความเหนื่อยล้า

## 2.2 อาการและการแสดงออกของความเหนื่อยล้า

### 2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรม

เมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นร่างกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น จึงมีการนำพลังงานที่เก็บสะสมมาใช้ทำให้เกิดการอ่อนเพลียเหนื่อยอ่อน (Tiredness) หมดพลังจนถึงหมดแรง (Exhaustion) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีนศีรษะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกง่วง ซึมตลอดเวลา การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง มีพฤติกรรมซึมเศร้า ความกระตือรือร้นสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง ชอบอยู่คนเดียว ในที่สุดจะแยกตัวออกจากสังคม นอกจากนี้ยังพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมีเกิดขึ้นในร่างกาย คือ มีกรดแลคติก และคาร์บอนไดออกไซด์เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อ ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีสภาพเป็นกรดมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง (Berger, 1998: 51-62, Berger และ Higginbotham, 2000; Magusson และคณะ 1999: 224; Karqouich และ Sinning, 1971: 236-237 อ้างใน สุทธิดา อุทะพันธ์, 2541: 15)

### 2.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา และอารมณ์

ความเหนื่อยล้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะทุกข์ทรมานทางอารมณ์ (Mood distress) โดยพบว่าความเหนื่อยล้าทำให้บุคคลมีความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโกรธ กระวนกระวายใจและมีอารมณ์ไม่มั่นคงเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น กระสับกระส่าย ฉุนเฉียว โมโหง่าย ความอดทนลดลง ความเหนื่อยล้ายังทำให้บุคคลสูญเสียกระบวนการคิด ความสามารถเกี่ยวกับการตัดสินใจในการทำงานลดลง หลงลืม ไม่มีสมาธิ การรับรู้และความจำสั้น คิดอะไรไม่ออก เกิดความสับสนซึ่งมีผลทำให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง

(Piper และคณะ 1987: 21; Irvine และคณะ 1994; Aaronson และคณะ 1999; Bower และคณะ 2000; Karqouich และ Sinning, 1971: 236-237 cited in สุทธิดา อุทะพันธ์, 2541: 15)

### 2.3 การจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้า

มีการจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้าไว้มากมาย แต่สำหรับการจำแนกชนิดของความเหนื่อยล้า ที่นิยมกันมากที่สุดทางคลินิกการพยาบาล คือ จำแนกตามระยะเวลาการเกิดอาการเป็น ความเหนื่อยล้า ชนิดเฉียบพลัน (Acute fatigue) และความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (Chronic fatigue) ดังนี้

2.3.1 ความเหนื่อยล้าชนิดเฉียบพลัน (Acute fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและเกิดในช่วงเวลาสั้น ๆ อาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน อาจเป็นชั่วโมง เป็นวัน เป็นสัปดาห์ (Jacob และ Piper, 1996: 1195) เป็นการตอบสนองของร่างกายเพื่อป้องกันตนเอง (Protective response) และเป็นสัญญาณเตือนให้ร่างกายได้มีการพักผ่อนเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการทำงานหนัก หรือออกแรงมากเกินไป เมื่อถึงระดับหนึ่งบุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้า เพื่อให้ร่างกายหยุดกิจกรรมและพักผ่อน โดยอาจเกิดเฉพาะส่วน เช่น คอ แขน ไหล่ หรือเกิดทั่วร่างกายก็ได้ ถ้าได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม เช่น การได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้

2.3.2 ความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรัง (Chronic fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน คืออาการคงอยู่นานมากกว่า 1 เดือน (Piper, 1991: 895; Jacob และ Piper, 1996: 1195) มักเกิดทั่วร่างกาย สาเหตุของความเหนื่อยล้าเรื้อรังมักเกี่ยวข้องกับหลายสาเหตุด้วยกันและไม่สามารถบรรเทาลงได้ด้วยการพักผ่อน แต่ต้องใช้วิธีแก้ไขหลาย ๆ วิธีร่วมกัน และมักส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความเหนื่อยล้าชนิดเรื้อรังนี้ ถ้าอาการคงอยู่นานกว่า 6 เดือน จะเรียกว่า กลุ่มอาการเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic fatigue syndrome)

### 2.4 ความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่ง มักพบว่าเกิดขึ้นได้เสมอในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จะมีความพิการทางร่างกาย และมีความบกพร่องทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ และต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นอาจไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกตัว หรือรู้สึกตัวแต่สับสน ไม่รู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล มีความจำบกพร่อง สมาธิและความสนใจลดลง ความอดทนลดลง การรับรู้ช้า (Bottcher, 1989) บางรายมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น แขนขาอ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต มีปัญหาในการรับประทานอาหาร เนื่องจากไม่รู้สึกรู้สึกตัวหรือกลืนลำบาก มีความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ส่วนใหญ่จะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หรือมีปัสสาวะเล็ด บางรายมีปัสสาวะคั่ง

ค้างถ่ายออกไม่หมด บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น มีการยึดติดของข้อ และเอ็นกล้ามเนื้อเล็ก กระดูกโป่งบาง มีแผลกดทับ และปอดบวม เป็นต้น (DeBoskey และคณะ 1991;Whitman,1992) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มักมีความผิดปกติทางด้านจิตใจและพฤติกรรมร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล กระสับกระส่าย ก้าวร้าว เอะอะไว้วาย อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้า ประสาทหลอน เป็นต้น จากการศึกษาของ Mclean et al. (1984) พบว่าผู้ป่วยโรคทางสมองมีอาการกระสับกระส่ายร้อยละ 34 วิตกกังวล ร้อยละ 32 และอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ร้อยละ 20 จากความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการหลบหลีกอันตรายต่าง ๆ ได้ ทำให้ต้องเป็นภาระของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้ผู้ป่วยต้องช่วยยก หรืออุ้มผู้ป่วย ขณะเคลื่อนย้าย หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพ พาผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด หรือเมื่อมีอาการผิดปกติและต้องเฝ้าระวังอันตราย หรืออุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งบางรายอาจต้องเฝ้าผู้ป่วยอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการสับสน ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคล ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง การตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาไม่ดีจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอันตราย หรือบาดเจ็บได้สูง (Bottcher, 1989) การที่ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาและพลังงานอย่างมาก ไม่มีเวลาผ่อนคลาย พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ รับประทานอาหารได้น้อย และมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่ความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของ Bunting(1989) ซึ่งการศึกษาลักษณะในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาท พบว่าไม่มีเวลาในการผ่อนคลาย และพักผ่อนนอนหลับถึง ร้อยละ 97 และไม่มีโอกาสละจากการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 80 ซึ่งทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย

## 2.5 กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้า

เนื่องจากความเหนื่อยล้าเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติ และเกิดจากหลายสาเหตุ ทำให้สมมุติฐานหรือแนวคิด ที่ปรากฏอยู่ยังไม่สามารถอธิบายกลไกพยาธิสรีระภาพ ของความเหนื่อยล้าได้ชัดเจนเพียงพอ (Winningham, 1993: 609; Barnett, 2001: 789) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าพบว่า มีผู้เสนอแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับกลไกการเกิดความเหนื่อยล้าไว้หลายทฤษฎี ในที่นี้ผู้วิจัยขอเสนอแนวคิดเกี่ยวกับกลไกการเกิดความเหนื่อยล้าไว้ดัง ต่อไปนี้ คือ

2.5.1 กรอบความคิดเกี่ยวกับการใช้พลังงานของไรเดน (Ryden's Conceptual Framework of Energy Expenditure, 1997) เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าที่ซับซ้อนน้อยที่สุด โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่า ร่างกายของคนเป็นระยะที่เปิดรับพลังงานจากสิ่งแวดล้อมมาเพื่อดำรงชีวิต เมื่อได้รับพลังงานมากเกินไปร่างกายต้องการ ร่างกายสามารถนำพลังงานที่เหลือไปทำกิจกรรมอื่น ๆ



ได้เช่น การปฏิบัติงาน การเข้าสังคม หรือการทำงานอดิเรก เมื่อเกิดการเจ็บป่วยร่างกาย ต้องการพลัง งานมากขึ้น เพื่อซ่อมแซมและฟื้นฟูสภาพ ทำให้มีพลังงานเหลือ เพื่อไปทำกิจกรรมอื่น น้อยลง

2.5.2 กรอบความคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของไอสตาร์ (Aistar's Organizing Framework, 1987) เป็นกรอบความคิดที่ให้รายละเอียดมากกว่าของ Ryden (1997) ไอสตาร์เชื่อว่าความเครียดเป็นสาเหตุหลักของการเกิดความเหนื่อยล้า และปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด มีทั้งปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physiological factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) โดยผลของตัวกระตุ้นความเครียดเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างไร ขึ้นกับการรับรู้ของบุคคลนั้นต่อความเครียด การต่อต้านความเครียด การมีกลไกเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ระยะเวลาที่เผชิญความเครียด ซึ่งความเครียดตามความหมายของ ไอสตาร์ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ความเครียดทางด้านร่างกาย (Physical stress) 2) ความเครียดทางด้านจิตใจ (Mental stress)

กลไกความเครียดที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า นั้น ไอสตาร์อธิบายโดยใช้แนวคิดของ Selye (1974) ว่าบุคคลเกิดมาพร้อมกับพลังงานจำนวนจำกัดจำนวนหนึ่ง เพื่อนำมาใช้สำหรับการปรับตัว ความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเมื่อพลังงานนี้ถูกนำมาใช้จนหมดไป โดยเมื่อเกิดความเครียดขึ้น การตอบสนองของร่างกายต่อความเครียด จะเป็นสัญญาณซึ่งจะไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก (sympathetic nervous system) ให้มีการหลั่ง stress hormone ออกมากระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าร่างกายถูกกระตุ้นเป็นเวลานาน ๆ จะเกิดการสูญเสียพลังงาน และทำให้พลังงานที่เก็บสะสมไว้ถูกนำมาใช้จนหมด เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น (Selye, 1974 cited in Jacob และ Piper, 1996: 1199; Selye, 1976 cited in Aistars, 1987: 25)

2.5.3 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของวินนิงแฮม (Winningham's psychobiological-Entropy Model, 1996) เป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถอธิบายถึงความเหนื่อยล้า และความเกี่ยวข้องของความเหนื่อยล้า กับสถานการณ์ทำหน้าที่ (functional status) ของบุคคล โดยอธิบายความเหนื่อยล้าว่าเป็นภาวะการณืขาดพลังงาน ซึ่งเกิดจากเงื่อนไขบางประการ หรือจากภาวะการณืเป็นโรค เป็นอาการแสดงซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรักษาโรค อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม และความไม่ตื่นตัวของคน ตามโมเดลนี้ความเหนื่อยล้ามีลักษณะเฉพาะ และมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากสามารถทำให้เกิดการไร้ความสามารถในบุคคลนั้นได้ แม้ว่าความเหนื่อยล้าจะเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อย เช่นเดียวกับท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ความเจ็บปวด แต่ความเหนื่อยล้าสามารถสามารถทำให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลลดน้อยลง และความเหนื่อยล้า ระยะที่ 2 (secondary fatigue) จะเกิดขึ้นจากการลดกิจกรรมทางกาย

ดังกล่าวทำให้เกิดวงจรของการลดกิจกรรมขึ้นส่งผลให้มีการลดสถานการณ์การทำงานที่ลง ซึ่งวินนิงแฮม กล่าวว่า ก่อให้เกิดการไร้ความสามารถรวมทั้งเพิ่มอัตราการเกิดโรคได้

The Psychological – Entropy Model เป็นกรอบแนวคิดที่มีการจัดลำดับชั้น คือ แบ่งการจัดกับความเหนื่อยล้าออกเป็น 2 ระดับ คือ 1) การปฏิบัติที่มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดการกับอาการแสดง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้าในระยะแรก (primary fatigue) 2) การปฏิบัติการณ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าในระยะที่ 2 (secondary fatigue) โดยการปรับสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

2.5.4 กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper และคณะ's Intergrated Fatigue Model, 1987) เป็นกรอบแนวคิดที่ถูกสร้างขึ้นจากการสังเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า และเกิดเป็นทฤษฎีการพยาบาลเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าขึ้น กรอบแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้า โดยมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ และรายงานวิจัยที่ผ่านมา ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย 14 ปัจจัย ซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยทางกายภาพ (Physiological factors) ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) และปัจจัยทางจิตสังคม (Psychological factors) (Piper และคณะ 1987: 17) โดยเมื่อร่างกายเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น บุคคลจะรับรู้ได้ด้วยตนเอง (Subjective fatigue) และจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสังเกตได้ (Objective fatigue) การรับรู้ดังกล่าวขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า นั้น แบ่งการรับรู้ความเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการรับรู้ ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ (Piper และคณะ 1987: 17; Piper และคณะ 1998: 33)

## 2.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าตามแนวคิดทฤษฎีของไปเปอร์

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแนวคิดทฤษฎีความเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1987) เป็นกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้อย่างครอบคลุม โดยกล่าวถึงปัจจัยที่เชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความเหนื่อยล้าไว้ถึง 14 ปัจจัย ซึ่งครอบคลุมปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม (Piper และคณะ 1987: 17) ได้แก่

2.6.1 แบบแผนการสะสมของเสียจากการเผาผลาญ (Accumulation of metabolics) ตามปกติกล้ามเนื้อจะมีของเสียอยู่ในปริมาณที่น้อยมาก ซึ่งหากมีการคั่งในกล้ามเนื้อมาก จะทำให้สภาพแวดล้อมของเซลล์กล้ามเนื้อเกิดการเปลี่ยนแปลง ของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าที่สำคัญ ได้แก่ แลคเตท ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน (Jacob และ piper, 1996: 1197; Piper และคณะ 1987: 20; Aistars, 1987: 26) สำหรับในคนปกติทั่วไปพบว่า การทำงานของกล้ามเนื้อที่มากเกินไป หรือทำงานติดต่อกันนานเกินไป เช่น การออกกำลังกาย



กายหรือการออกแรงมากเกินไปจะทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น เพื่อนำมาสร้างพลังงาน รวมทั้งมีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาเผาผลาญด้วย ทำให้เกิดการสะสมของกรดแลคติกเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้า และกลไกที่เป็นไปได้อีกกลไกหนึ่ง คือการเกิดความเหนื่อยล้าเกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของไฮโดรเจนไอออน โดยไฮโดรเจนไอออนจะไปขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ คือไปแย่งแคลเซียมไอออนในการจับกับโทรโปนิน (Troponin) ในขั้นตอนปฏิกิริยาแอกติน - ไมโอซิน (Actin - myocin interactions) ส่งผลให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Jacob และ Piper, 1996: 1198) นอกจากนี้การสะสมของเสียต่าง ๆ (End products) จะเป็นตัวยับยั้งและขัดขวางการทำงานที่ของเซลล์ปกติ และมีผลทำให้สภาพของเซลล์มีการเปลี่ยนแปลง

2.6.2 แบบแผนการเปลี่ยนแปลงพลังงาน และสารที่ให้พลังงาน (Changes in energy และ energy substrate patterns) การเปลี่ยนแปลงพลังงาน และสารที่มีความสำคัญในการสร้างพลังงาน ซึ่งได้แก่ ไกลโคเจนโปรตีน และไขมัน โดยพบว่าทั้งระยะเวลา และชนิดของอาหารมีอิทธิพลต่อการเกิดความเหนื่อยล้า (Piper และคณะ 1987) การขาดโปรตีนจะทำให้การหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง (Winningham และคณะ 1994) ส่วนคาร์โบไฮเดรต และไขมันซึ่งมีหน้าที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย ดังนั้นถ้าร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายจะนำพลังที่สะสมไว้มาใช้โดยกล้ามเนื้อจะสลายไกลโคเจน โปรตีน และไขมันมาใช้เป็นพลังงาน ในช่วงนี้อาจพบว่ามีน้ำหนักลดลง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย และเหนื่อยล้า (Berger และ William, 1992; Piper, 1989) อาจพบความไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ ซึ่งความไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์นี้ ยังมีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแอ (Piper, 1987) รวมทั้งการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ มีผลทำให้ความทนต่อความเครียดลดลง เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดความเหนื่อยล้ายิ่งขึ้น (Hart et al, 1990)

2.6.3 แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity และ rest patterns) การเปลี่ยนแปลงกิจกรรม และการพักผ่อนมีความสำคัญต่อการเกิดความเหนื่อยล้า (Piper และคณะ 1987: 20) การพักผ่อนที่มากหรือน้อยเกินไป จะเป็นสาเหตุให้เกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น (Baird, 1988) ซึ่งจะพบเมื่อบุคคลทำกิจกรรมติดต่อกันมากกว่า 48 ชั่วโมง ทำให้ร่างกายสร้างสารเคมีที่ทำให้เกิดความเครียดคือ อินโดล (Indole) กรดไลเซอจิก (Lysergic acid) ไดเอธิลลิด ลาไมด์ แอลเอสดี-25 (Diethylamine LSD-25) ซึ่งสารเหล่านี้จะทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว หวาดระแวง การมองเห็นผิดปกติ หรือความต้องการการทำงานลดลง การเคลื่อนไหว และการดูแลตนเองลดลง และถ้าการพักผ่อนไม่เพียงพอติดต่อกัน 4 วัน ร่างกายไม่สร้างอะดีโนซีนฟอสเฟต (ATP) ซึ่งเป็นสารที่จำเป็นสำหรับการหดตัวของกล้ามเนื้อและให้พลังงานมาก ถ้าขาดสารนี้จะทำให้แรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เกิดเป็นความเหนื่อยล้าได้ และสำหรับผู้ดูแลพบว่า ส่วนมากมักมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางร่างกายน้อย

ลง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และเข้าสู่วงจรของความอ่อนเพลีย (cycle of debilitation) คือ เมื่อเกิดความเหนื่อยล้าขึ้น และบุคคลจะยังมีการปฏิบัติกิจกรรมน้อยลงไปอีก และยิ่งทำให้ความทนในการทำกิจกรรมลดลง รวมทั้งเพิ่มความเหนื่อยล้ามากขึ้น (Piper และคณะ 1987: 20; Jacob และ Piper, 1996: 1207; Berger และ Farr, 1999: 1664) ดังนั้น เมื่อต้อง การลดความเหนื่อยล้า จึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้ผู้ดูแลได้มีการรักษาสมดุลของการทำกิจกรรม รวมถึงการออกกำลังกาย และการพักผ่อนให้เหมาะสม (Winningham, 1992 cited in Berger และ Farr, 1999: 1664)

2.6.4 แบบแผนการนอนหลับและตื่น (Sleep / wake patterns) การนอนหลับและตื่นมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากการนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอในช่วงกลางคืนจะทำให้ช่วงนอนมากขึ้นในช่วงกลางวัน และนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Piper, 1993: 286) การนอนหลับมีเพียงพอจะช่วยให้ร่างกายมีการเก็บรักษา และสะสมพลังงานไว้ ขณะหลับร่างกายจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง กล้ามเนื้อทุกส่วนคลายตัวมีการใช้พลังงานน้อยลง โดยเฉพาะการนอนหลับในระยะที่ 3 ของช่วงการนอนที่มีการเคลื่อนไหวลูกตาช้าลง (Non rapid eye movement sleep; NREM) ซึ่งเป็นระยะที่หลับสนิท กล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายจะคลายตัว อวัยวะต่างๆ ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ภายหลังการทำกิจกรรม ในขณะที่ตื่นมีการใช้พลังงานน้อยลง มีการสังเคราะห์โปรตีน และเก็บสะสมพลังงานไว้ในเซลล์มากขึ้นและในระยะที่ 4 จะมีการหลั่งฮอร์โมนในการเจริญเติบโต (growth hormone) ซึ่งช่วยในการสร้างพลังงานและเปลี่ยนสารอาหารให้เป็นเนื้อเยื่อ ส่วนการนอนหลับในช่วงที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement sleep; REM) ระบบซิมพาเทติกจะทำงานมากขึ้น มีการไหลเวียนของโลหิตไปเลี้ยงสมองมากขึ้น มีการเก็บสะสมพลังงานของสมองทำให้บุคคลสดชื่นและไม่รู้สึกเหนื่อยล้าขณะตื่น (Fuller และ Schaller – Ayers, 1990 อ้างถึงใน กัญญารัตน์ ฝั่งบรรหาร, 2539: 23)

2.6.5 แบบแผนสภาวะของโรค (Disease patterns) ความเหนื่อยล้าพบว่า เกิดร่วมกับโรคต่าง ๆ ได้เสมอไม่ว่าจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง เช่น โรคติดเชื้อ โรคเอดส์ มะเร็ง โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและระบบประสาท โรคไตวายเรื้อรัง โรคตับ ข้ออักเสบ เมื่อร่างกายเกิดพยาธิสภาพ อาจมีผลทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญอาหารและมีการดึงพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ในการสร้างพลังงานมากขึ้น เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอให้กลับสภาวะปกติ ขบวนการดังกล่าว อาจทำให้มีการสะสมของเสียมากขึ้น นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรคอาจทำให้เกิดการขาดความสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรลัยท์ มีการสร้างสารหรือฮอร์โมนที่ส่งเสริมการสร้างพลังงานลดลง หรือมีการขนส่งสารอาหารและออกซิเจน เพื่อสร้างพลังงานที่เนื้อเยื่อได้ไม่ดี ภาวะดังกล่าวส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและพลังงานสะสมในกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1986)

2.6.6 แบบแผนการรักษาที่ได้รับ (Treatment patterns) การรักษาที่ได้รับมีผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้ เช่น การได้รับยารักษาโรคหัวใจบางชนิด เช่น ยานอนหลับ และยากลุ่ม Beta-Blocker ซึ่งเมื่อรับประทานแล้วอาจทำให้รู้สึก มึนงง ง่วงซึม อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และเหนื่อยล้าได้เช่นกัน (Kellum, 1985)

2.6.7 แบบแผนสภาพแวดล้อม (Environment patterns) การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมมีผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้ เช่น การอยู่ในสถานที่ที่มีเสียง หรือแสงสว่างมากเกินไป การอยู่ในอากาศร้อนจัดมีผลให้เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, 1993) ในขณะที่อุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้นเพียง 0.1 องศาฟาเรนไฮด์ จะมีผลให้การส่งกระแสประสาทของใยประสาทถูกรบกวน ซึ่งก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าตามมา (Hubsy และ Sear, 1992) และพบว่า ระดับเสียงที่จัดอยู่ในชั้นรบกวนการนอนหลับคือ ระดับเสียงที่ดังกว่า 35 เดซิเบล ในตอนกลางคืน และดังกว่า 45 เดซิเบล ในตอนกลางวัน (Griffin, 1992 อ้างถึงใน เพียงใจ ดาโลปการ, 2545: 39)

2.6.8 แบบแผนแสดงอาการของโรค (Symptom patterns) อาการแสดงต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมาย ได้แก่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย อากาศปวดเมื่อยตามตัว แขน-ขา ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารและระบบขับถ่าย เป็นต้น (Piper et al., 1987 : 21; Piper และคณะ 1989 cited in Irvine et al., 1994 : 372; Piper, 1991: 900) ซึ่งความรุนแรงของอาการแสดงต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นความทุกข์ทรมาน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Berger และ Walker, 2001 : 45) ความทุกข์ทรมานทำให้เกิดความเครียด และความ เครียดนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Aistars, 1987 : 25 ) ดังนั้นการควบคุมอาการแสดงเหล่านี้จะช่วยลดหรือป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993: 286)

2.6.9 แบบแผนสภาพจิตใจ (Psychological patterns) พบว่า แบบแผนสภาพจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า (Piper, และคณะ 1987: 21 ; Jacob และ Piper, 1996 : 1200) โดยความซึมเศร้าเป็นการกระตุ้นความเครียดทางอารมณ์ (emotional stressor) และทำให้บุคคลเกิดความเครียด เมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดเป็นระยะเวลาอันยาวนานร่างกายจะตอบสนองต่อความเครียด โดยการกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ให้มีการหลั่ง Stress hormone ออกมากระตุ้นอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ถ้าร่างกายถูกกระตุ้นเป็นเวลานาน ๆ จะทำให้มีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ เมื่อพลังงานลดน้อยลง บุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้า (Aistars, 1987 : 25)

2.6.10 แบบแผนการใช้ ออกซิเจน (Oxygen patterns) ปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือรบกวนความสามารถที่จะดำรงไว้ ซึ่งความเพียงพอของระดับออกซิเจนในปอด หรือในกระแสเลือด ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตามส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper และคณะ 1987:21) ผลของการที่เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า

2.6.11 แบบแผนการเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารที่ให้พลังงาน (Change in energy และ energy substrate patterns) การเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างพลังงาน เช่น ไกลโคเจน โปรตีนและไขมัน ทั้งชนิดและจำนวนมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของบุคคลและก่อให้เกิดเหนื่อยล้า (Piper et al., 1987: 20; กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ, 2539: 22) เมื่อร่างกายมีการใช้พลังงานมากขึ้น ประกอบกับได้รับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายน้อยกว่าปกติ ร่างกายจะมีการนำพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ กล้ามเนื้อมีการสลายไกลโคเจน โปรตีน และไขมันนำมาใช้สร้างพลังงานทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า (Berger และ Williams, 1992 อ้างถึงใน กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ, 2539 : 22)

2.6.12 แบบแผนทางสังคม (Social patterns) การสนับสนุนทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นแบบแผนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า (Piper และคณะ 1987: 21) โดยพบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้น้อยกว่าบุคคลที่แยกตัวเองจากสังคม หรือมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นน้อย หรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Berger และ Walker, 2001) นอกจากนี้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า โดยผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะเกิดความเหนื่อยล้าได้มากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก เนื่องจากผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะมีความเครียดมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาญ, 2539: 71) ซึ่งความเครียดนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Aistars, 1987: 25)

2.6.13 แบบแผนสภาพเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต และพัฒนาการ (Growth และ development) รวมถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่เต็มตัว ได้แก่ การแต่งงานมีครอบครัว การตั้งครรรค์ การหย่าร้าง มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า (Piper และคณะ 1987 : 21; Piper, 1997: 901; Piper, 1993: 286) โดยการเปลี่ยนแปลงสภาพเหตุการณ์ในชีวิตดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ทางร่างกาย พบว่า การตั้งครรรค์ทำให้เพิ่มการใช้พลังงานมากขึ้น ความต้องการออกซิเจนมากขึ้น อัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดของมารดา อันเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของทารกในครรภ์ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้ทั้งสิ้น (Poole, 1986 cited in Piper, 1993: 285) ส่วนทางด้านจิตใจพบว่าการเปลี่ยนแปลงสภาพเหตุการณ์ในชีวิต เช่น ทั้งการแต่งงาน การตั้งครรรค์ การหย่าร้าง ทำเกิดความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งส่งผลต่อการเกิดความเหนื่อยล้าได้เช่นกัน

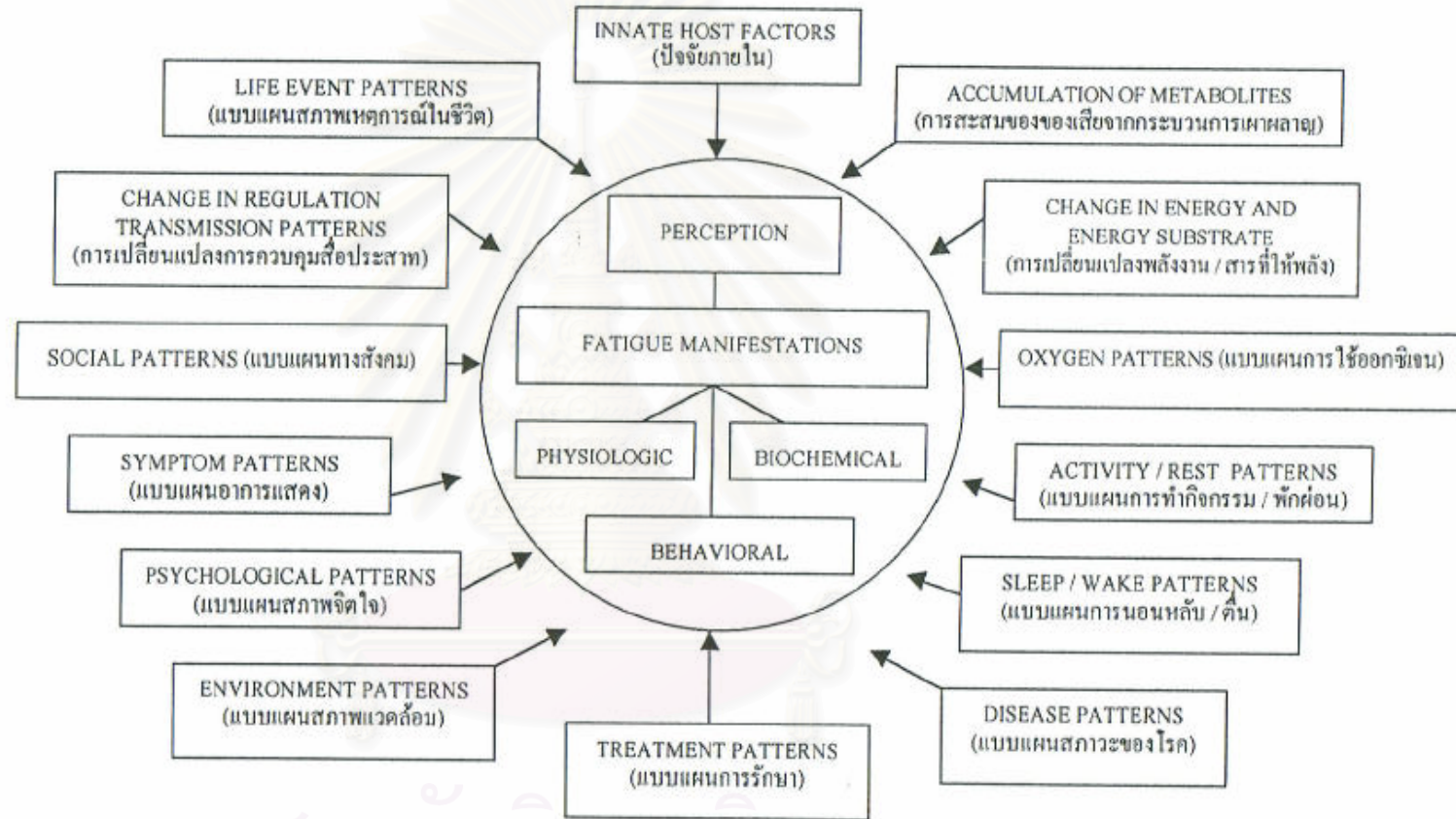
2.6.14 ปัจจัยภายใน (Innate host factors) พบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าได้ง่าย (Barnet, 2001) เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท และข้อต่อต่าง ๆ การ

ทำงานของหัวใจลดลง มีจำนวนถุงลมลดลงและการขยายตัวไม่เต็มที่ ระบบทางเดินอาหารยังย่อยและดูดซึมอาหารได้ไม่ดี ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และความทนต่อกิจกรรมลดลง (Berger และ Williams, 1992) เกี่ยวกับเรื่องเพศพบว่า ความเหนื่อยล้ามักมักเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า (Piper, 1993:282) โดยเฉพาะเพศหญิงในระยะก่อนมีประจำเดือนระหว่างมีประจำเดือน ระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอด หลังคลอด และผู้หญิงที่กำลังเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะเกิดความเหนื่อยล้าได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย และการสูญเสียเลือดทำให้พลังงานในร่างกายลดน้อยลง เกิดเป็นความเหนื่อยล้า (Piper, 1993: 282; Lee และคณะ 1994: 150)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาพที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าตามแนวคิดทฤษฎีของโปสเตอร์และคณะ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## 2.7 การประเมินความเหนื่อยล้า

ในการประเมินเพื่อค้นหาความเหนื่อยล้า ต้องทำการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาวะอารมณ์ มีการเก็บข้อมูล ทั้งข้อมูลด้านความรู้สึก (subjective data) และข้อมูลจากการตรวจ และสังเกต (Objective data) รวมถึงการซักประวัติจากญาติ เนื่องจากบางครั้ง พบว่าสมาชิกในครอบครัวรับรู้ความเหนื่อยล้าได้เร็วกว่าตัวผู้เหนื่อยล้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเหนื่อยล้าไว้หลายลักษณะ โดยสร้างจากคุณลักษณะ (Characteristics) ของความเหนื่อยล้า นั้น ๆ และพบว่า การสร้างเครื่องมือในการประเมินความเหนื่อยล้า จะมีลักษณะเช่นไร จะขึ้นอยู่กับแนวคิดของความเหนื่อยล้าที่ผู้ทำการศึกษา นั้นสนใจ โดยรวมแล้วแบ่งเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าได้ 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

### 2.7.1 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต (Objective data)

เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากพฤติกรรมหรือการแสดงออกซึ่งผู้ประเมินสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนจากผู้ถูกประเมิน ได้แก่ พฤติกรรมง่วงนอนตลอดเวลา มีความสนใจ และมีแรงจูงใจลดลง หงุดหงิดไม่สนใจเรื่องต่าง ๆ ไม่อยากร่วมทำกิจกรรม ความคล่องตัวลดลง แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกตได้แก่

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของโรเทิน (Rhoten, 1982 cited in Piper, 1989:195) มีลักษณะเป็นมาตราวัดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale : NRS) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 มีข้อความถาม 1 ข้อ ใช้ประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้า โดยมีลักษณะข้อความถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 เป็นการสังเกตพฤติกรรมจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเหนื่อยล้า ใน 5 ด้าน คือ ลักษณะทั่วไป สีผิว การติดต่อสื่อสาร กิจกรรมการแสดงออก และทัศนคติ และส่วนที่ 2 จะเป็นแบบสังเกต (Observation checklist) ซึ่งแบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ไม่ได้ทำการทดสอบ ความตรง และความเที่ยง ของเครื่องมือนี้ไว้

### 2.7.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของบุคคล (Subjective data)

เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของผู้ที่เกิดความเหนื่อยล้าเอง ซึ่งประเมินจากการรับรู้ความรู้สึก หรือจากประสบการณ์ที่ได้รับมา แบบประเมินที่ได้รับความนิยมได้แก่

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของแทค (The Multidimensional Assessment of Fatigue: MAf. Tack, 1991) เป็นแบบวัดความรู้สึกและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่บุคคลประสบมาแล้ว 1 สัปดาห์ มีลักษณะประมาณค่าด้วยสายตา (Visual Analog scale for Fatigue) ประกอบด้วย 16 ข้อ คำถามโดยวัดความเหนื่อยล้าใน 5 ด้านดังนี้ ด้านความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ระดับของความเหนื่อยล้า ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานจากความเหนื่อยล้า และผลกระทบในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากความเหนื่อยล้า และได้นำไปหาค่า

ความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 133 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .93

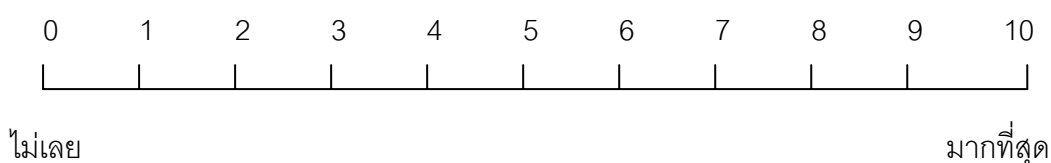
แบบการประเมินความเหนื่อยล้าของแม็คแนร์ และคณะ (Profile of Mood States:POMS,1981) เป็นเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่สร้างโดย แม็คแนร์ และคณะเมื่อปี 1981 (Mcnaier และคณะ 1981) ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อความเหนื่อยล้า ลักษณะข้อคำถามเป็น เรขาคณิต 5 อันดับ แต่ละข้อคำถาม มีคะแนนตั้งแต่ 0-5 ประเมินใน 6 ด้านคือ ความซึมเศร้า (depression) ความเครียด (tension) ความโกรธ (anger) ความสับสน (confusion) ความเหนื่อยล้า (fatigue) และความแข็งแรง (Vigor) แม็คแนร์ และคณะ ได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74-0.91 (Redeker et al., 2000 : 280)

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper (The Piper's Fatigue Scale, 1989, 1998) เป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยสามารถประเมินได้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มิติด้านพฤติกรรมและความรุนแรง มิติด้านสติปัญญาและอารมณ์ และมิติด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า

ไปเปเปอร์ สร้างเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าขึ้นในปี ค.ศ.1987 ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 41 ข้อและปรับปรุงเครื่องมือในปี ค.ศ. 1998 โดยใช้วิธี factor Analysis (Cronbach's alpha เท่ากับ .97) ได้เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าฉบับปรับปรุง ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ใช้เพื่อประเมินรูปแบบความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในหลายทิศทาง ตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective perception) ซึ่งประเมินความเหนื่อยล้า 4 ด้าน คือ

1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม (ข้อที่ 1- 6)
2. ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม (ข้อที่ 7 - 11)
3. ด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม (ข้อที่ 12 - 16)
4. ด้านสติปัญญาและความนึกคิด ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม (ข้อที่ 17 - 22)

เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าของ ไปเปเปอร์ ฉบับปรับปรุง มีลักษณะการใช้เป็นแบบสอบถาม(Questionnaire) ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลข ตั้งแต่ 0- 10 โดยด้านซ้ายกำกับด้วยวลี “ไม่เลย” และทางด้านขวากำกับด้วยวลี “มากที่สุด” ดังภาพ



การให้คะแนนตั้งแต่ 0-220 คะแนน นำคะแนนมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย และแปลความหมายของคะแนน โดยใช้แนวคิดของเจนเซนและกิฟเวน (Jensen และ Given, 1991: 182) ในการกำหนดคะแนนความเหนื่อยล้าในแต่ละระดับ และแบ่งความเหนื่อยล้าออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เหนื่อยล้ามาก	คะแนนอยู่ในช่วง	7 – 10
เหนื่อยล้าปานกลาง	คะแนนอยู่ในช่วง	4 – 6.99
เหนื่อยล้าเล็กน้อย	คะแนนอยู่ในช่วง	0 – 3.99

เพียงใจ ดาโลปการ (2545) แปลและดัดแปลงจากไปเปอร์ (Piper และคณะ 1998) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 30 ราย ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ .97 ส่วนความเชื่อมั่นรายด้าน พบว่า ความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรม/ความรุนแรงเท่ากับ .96 ด้านการรับรู้ความหมายเท่ากับ .89 ด้านความรู้สึกเท่ากับ .84 และด้านสติปัญญา/อารมณ์ เท่ากับ .94

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ และคณะ(1998) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีความสามารถในการประเมินความเหนื่อยล้า จากการรับรู้และความรู้สึกต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเองได้อย่างครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และการให้ความหมายความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ ได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายและได้ค่าความเที่ยงในระดับสูงมาก คืออยู่ระหว่าง .91– .99 (Berger, 1998; Richardson และคณะ 1998; Woo และคณะ 1998; Berger และ Higginbotham, 2000; Berger และ Walker, ปิยวรรณ ปฤษณมานุรังสี และคณะ, 2544) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ในการศึกษาครั้งนี้

## 2.8 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความรู้สึกเบื่อหน่าย การขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วย และการเผชิญกับความเครียด เป็นสาเหตุสำคัญที่ชักนำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยได้ (Aistras, 1987; Piper, 1993; Rhoten, 1982) ความรู้สึกของผู้ดูแลดังกล่าว อาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลเผชิญอยู่กับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และต้องดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมให้ผู้ป่วยทุกวัน และเป็นระยะเวลาที่ยาวนานโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำสับสน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ก้าวร้าว แสดงพฤติกรรม และอารมณ์ไม่เหมาะสม (Acom,1993) นอกจากนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต มีเวลาในการพักผ่อนและสันทนาการลดลง สัมพันธภาพในครอบครัว และสังคมเปลี่ยนแปลง การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและศาสนาลดลง มีปัญหาทางด้านการเงิน หรือเกิดจากความขัดแย้งและคลุมเครือในบทบาท (De-Meneses และ Burgess-Perry, 1993) ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ขาดแรงจูงใจ เบื่อหน่ายและนำไปสู่ความรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย

### 3. การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 3.1 โรคหลอดเลือดสมองและการรักษาพยาบาล

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดโรคทางระบบประสาท (จเร ผลประเสริฐ, 2541) และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียจากการเจ็บป่วย และการตายก่อนวัยอันควรในประเทศไทยปี พ.ศ. 2547 จำนวน 60 ล้านคนพบว่า โรคหลอดเลือดสมองในเพศชายเป็นอันดับ 3 รองจากเอดส์ และอุบัติเหตุจากรถ และในเพศหญิงเป็นอันดับ 2 รองจากเอดส์ ประเทศไทยพบว่า มีอัตราชุกของโรคหลอดเลือดสมองถึง 6.9 ต่อประชากร 1,000 คน (คณะทำงานศึกษาภาวะโรค สำนักรักษาพยาบาลและแผนกกระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ระดับคอเลสเตอรอลสูง และพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย ร่วมด้วย เป็นต้น

##### 3.1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ stroke) เป็นสภาวะที่มีความผิดปกติของ ระบบประสาทอันเนื่องมาจากความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติไป โดยทั่วไปสามารถแบ่งโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 2 ชนิดตามลักษณะของการเกิด ได้แก่

3.1.1.1 Ischemic หรือ Occlusive Stroke เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง พบได้ประมาณร้อยละ 80 จากการตีบตันของหลอดเลือดสมองทั้งหมด

3.1.1.2 Hemorrhagic stroke เกิดเนื่องจากมีเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะ

##### 3.1.2 สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

###### 3.1.2.1 Ischemic stroke

3.1.2.1.1 Atherosclerosis เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของ thrombotic stroke และ arterial to arterial embolism ซึ่งมักพบมากในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อ atherosclerosis ได้แก่ อายุมาก โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ และไขมันในเลือดสูง

3.1.2.1.2 โรคหัวใจ โรคหัวใจสามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้หลายกลไก ได้แก่

3.1.2.1.2.1 Cardiogenic embolism ซึ่งพบได้บ่อย ๆ และเป็นสาเหตุสำคัญอันหนึ่งของโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยอายุน้อย โรคหัวใจที่เสี่ยงต่อการเกิด embolism

3.1.2.1.2.2 Cardiac output ลดลงจากโรคหัวใจใน

ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองอยู่แล้ว จะทำให้เกิด hemodynamic stroke เนื่องจาก cerebral blood flow ลดลงโดยเฉพาะบริเวณที่หลอดเลือดตีบหรือบริเวณที่เป็น watershed ระหว่างหลอดเลือดใหญ่ของสมอง

3.1.2.1.2.3 โรคของหลอดเลือด เช่น arterio-venous malformation หรือเกิดกับหลอดเลือดสมองเอง เช่น polyarteritis nodosa granulomatous angiitis of the nervous system, systemic lupus erythematosus โรคอื่น ๆ ที่พบได้ เช่น fibromuscular dysplasia นอกจากนี้ ในบางครั้งหลอดเลือดอาจมีความผิดปกติเนื่องจาก vasospasm ซึ่งพบได้หลังจากเกิด subarachnoid hemorrhage

3.1.2.1.2.2 โรคของส่วนประกอบ คือมีความผิดปกติของ Coagulating factors ทำให้มี thrombosis ได้ง่ายขึ้น หรือมีความผิดปกติของเม็ดเลือดและเกร็ดเลือดพบในโรคต่าง ๆ พบว่าเป็นสาเหตุของการเกิดหลอดเลือดสมองอุดตันในผู้ป่วยอายุน้อย

3.1.2.1.2.4 สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ migane พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อย โรคของกระดูกคอ ได้แก่ อับติเหตุ spondylosis, rheumatoid arthritis อาจมีผลต่อ vertebral artery ซึ่งลอดมาใน transverse process ของ cervical 1-6 (C7) การได้รับการกระทบกระแทกที่คอ อาจทำให้เกิด dissection ของ caroid artery ซึ่งเป็นสาเหตุของ stroke ได้ โรคทาง cardiovascular เช่น ภาวะ shock ทำให้เกิด hemodynamic stroke

### 3.1.2.2 Hemorrhagic stroke

3.1.2.2.1 โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมอง

3.1.2.2.2 Cerebral aneurysm โดยเฉพาะ berry aneurysm มักอยู่ที่บริเวณ Circle of Willis เมื่อแตกออกมักจะทำให้เกิด subarachnoid hemorrhage ส่วน aneurysm ชนิดอื่น ๆ ที่พบได้แก่ mycotic aneurysm, fusiform aneurysm มักจะพบบริเวณอื่น ๆ ของสมอง

3.1.2.2.3 Arteriovenous malformation เป็น congenital defect เมื่อ artery มีการต่อโดยตรงกับ vien ซึ่งมีผนังบางกว่าแรงของ blood flow อาจทำให้มีการแตกของหลอดเลือดเกิดเป็น intracerebral หรือ subarachnoid hemorrhage ได้ นอกจากนี้ cavernous hemangioma ก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิด intracerebral hemorrhage

3.1.2.2.4 โรคปาราสิต โดยเฉพาะ gmathostomiasis ทำให้เกิดทั้ง subarachnoid hemorrhage และ intracerebral hemorrhage ตามาตำแหน่งพยาธิไซไป

3.1.2.2.5 Amyloid angiopathy เป็นการเปลี่ยนแปลงของ



หลอดเลือดที่พบในคนสูงอายุเกิดจาก beta - amyloid protien ไปdeposit ที่ผนังหลอดเลือด มักทำให้เกิด intracerebral hemorrhage บริเวณ subcortical white matter ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ต่างจาก hypertensive hemorrhage

3.1.2.2.6 ความผิดปกติจากการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดเลือดออกในโพรงกะโหลกศีรษะในตำแหน่งต่าง ๆ ได้หลายตำแหน่งและอาจเกิดเลือดออกพร้อมกันได้หลายตำแหน่ง

3.1.2.2.7 หลอดเลือดอักเสบในบางกรณี เช่น amphetamine induced vasculitis อาจเป็นสาเหตุของ intracranial bleeding ได้

3.1.2.2.8 การตกเลือดในก้อนเนื้องอกหรือเนื้องอกแทรกแซงหลอดเลือด เช่น horiocaronoma, melanoma

### 3.1.3 การพยากรณ์โรค

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน และแตกจะมีการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน เช่น กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน มีการพยากรณ์โรคค่อนข้างดี แต่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 20-25 ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจาก embolism มีการพยากรณ์โรคดีแต่มีอุบัติการณ์เกิดโรคขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรค และการรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก พบว่า พยากรณ์โรคไม่ดีโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหมดสติร่วมด้วย มีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 50-60 โดยจะเสียชีวิตใน 2-3 วันแรกจากการเคลื่อนที่ของสมอง (Brain herniation)

### 3.1.4 ปัจจัยเสี่ยง

โรคหลอดเลือดสมองไม่ทราบสาเหตุโดยตรงที่แน่ชัด เชื่อว่าเกิดจากสาเหตุเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.1.4.1 ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ และ เพศ โรคหลอดเลือดส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยสูงอายุ มีการศึกษา พบว่า โรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่ากลุ่มคนที่อายุมากกว่า 55 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็น 2 เท่าของคนอายุน้อย ทั้งนี้เนื่องจากความเสื่อมของหลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้น ปัจจัยเรื่องอื่น ๆ ที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น ความดันเลือดสูงโรค หัวใจ และเบาหวาน เป็นต้น

สำหรับเพศ พบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดอุดตันได้มากกว่าเพศหญิงประมาณร้อยละ 30

3.1.4.2 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า นอกจากนี้

ความดันโลหิตสูงก็เป็นปัจจัยสำคัญทำให้หลอดเลือดสมองตีบ ตัน และแตกได้ โดยเชื่อว่าความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดจะหนา และแข็ง

3.1.4.3 โรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นระริก (Atrial fibrillation) พบว่า มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 6 เท่าของ Atrial fibrillation ร่วมกับ Rheumatic heart disease มีโอกาสเกิด stroke ได้สูงถึง 17 เท่า ของคนปกติ และพบว่า ร้อยละ 45 ของผู้ป่วย stroke ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่มี Atrial fibrillation ด้วยทั้งนี้เนื่องจากภาวะโรคหัวใจดังกล่าวทำให้หัวใจห้องบนซ้ายขยายตัว เกิดการคั่งของหลอดเลือด และมีการรวมตัวกันของเลือด เกร็ดเลือด และเม็ดเลือด ทำให้กลายเป็นลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้

3.1.4.4 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ ประมาณ 2-3 เท่า ยังไม่มีรายงานการควบคุมเบาหวาน จะทำให้อัตราการเสี่ยงต่อการเกิด stroke ลดลง กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดการหนา และแข็งตัวของหลอดเลือดและความดันโลหิตสูง

3.1.4.5 Cholesterol Lipoprotein จากการศึกษา พบว่า ความผิดปกติของไขมันในหลอดเลือด เช่น Cholesterol, triglyceride, low density lipoprotein (LDL) ในเลือดสูง และ high density lipoprotein (HDL) ในเลือดต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่ำ ในขณะที่ปัจจัย ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.1.4.6 Hematocrit ผู้ที่มี hematocrit สูง หรือมีปริมาณ hemoglobin ในเลือดสูงมีโอกาส Stroke เนื่องจากสมองตายจากการขาดเลือดได้มาก เพราะ hematocrit สูงจะทำให้เลือดมีความหนืด และมีการไหลเวียนเลือดลดลง

3.1.4.7 ปัจจัยอื่น ๆ มีการศึกษาเกี่ยวกับ บุหรี่ ยาคุมกำเนิด แอลกอฮอล์ ความอ้วน และการออกกำลังกายพบว่า

3.1.4.7.1 การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดสมองตีบ ตันในคนอายุต่ำกว่า 65 ปี ผู้ที่สูบบุหรี่ที่มีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 2 เท่า และพบว่า ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองต่อวัน และไม่ได้รับประทานยาคุมกำเนิด มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกมากเป็น 2 เท่าของคนไม่สูบบุหรี่

3.1.4.7.2 ยาคุมกำเนิด พบว่า ผู้ที่รับประทานยาคุมกำเนิด ร่วมกับสูบบุหรี่มีโอกาสดเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติ 6-7 เท่า โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเป็นทั้งโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน และหลอดเลือดสมองแตก

3.1.4.7.3 Alcohol ไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือด

เลือดสมองโดยตรง แต่อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในสมองโดยเฉพาะการเกิดเลือดออกใน subarachnoid space

3.1.4.7.4 ความอ้วนไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงแต่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง

3.1.4.7.5 การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมาก แต่ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์ที่เด่นชัด เช่น ภาวะปวดศีรษะข้างเดียว ภาวะเครียด อากาศ การรับประทานอาหาร และกิจวัตรประจำวัน

### 3.1.5 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และขนาดของเนื้อเยื่อสมองที่มีพยาธิสภาพ โดยเฉพาะเมื่อหลอดเลือดสมองตีบ หรือถูกอุดตันด้วย thrombus หรือ embolism ตลอดจนหลอดเลือดสมองแตกจะมีกลุ่มอาการเฉพาะเกิดขึ้นในความเป็นจริง สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ

3.1.5.1 อาการเตือน ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่หลอดเลือดใหญ่ ๆ ตีบ อาการที่พบ ได้แก่ ตามัวหรือมองไม่เห็นทันที โดยเฉพาะที่เป็นข้างเดียว พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ สับสน วิงเวียน ปวดศีรษะ แขนขาชา หรือเป็นอัมพาตชั่วคราว ซึ่งเป็นอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงต่อไป

3.1.5.2 อาการแสดงทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ปวดศีรษะ อาเจียน ชัก หมดสติ คอแข็ง ความดันโลหิตสูง อาจมีไข้ มีความผิดปกติหัวใจ สับสน ความจำเสื่อม พฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลง เป็นต้น สำหรับอาการและอาการแสดง เฉพาะของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน และแตกนั้น มีลักษณะแตกต่างกันบ้าง จากหลอดเลือดสมองอุดตัน กรณีหลอดเลือดสมองอุดตันจาก thrombosis มักเกิดขณะนอนหลับ หรือพัก อาการจะค่อยเป็นค่อยไป หรือค่อย ๆ เบลลง จนถึงระดับสูงสุดภายใน 72 ชั่วโมง ในผู้ป่วยหลายราย จะมีอาการดีขึ้นภายใน 12 – 24 สัปดาห์ แต่ในบางรายดีขึ้นช้า และใช้เวลานานหลายปี

กรณีหลอดเลือดสมองอุดตันจาก embolism มักเกิดขณะมีกิจกรรม หรือขณะตื่นเช่นเดียวกับหลอดเลือดสมองแตก อาการที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่มีอาการเตือนนำมาก่อน อาการที่เกิดขึ้นจนถึงสูงสุดภายในเวลาไม่กี่วินาที หรือเป็นนาที ผู้ป่วยจะมีระดับการรู้สติดี อาจมีอาการปวดศีรษะ และชักได้แต่ไม่บ่อยนัก อาการและอาการแสดงอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับ หลอดเลือดที่ถูกอุดตัน

3.1.5.3 อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทที่พบขึ้นอยู่กับ

ตำแหน่งที่เกิด พยาธิสภาพอาการและอาการแสดงที่พบมีดังนี้

3.1.5.3.1 Carotid TIA มีอาการแสดง คือ แขนขา และหน้าอ่อนแรง หรือขาดตรงข้ามกับรอยโรค มีความผิดปกติของการพูด การใช้ภาษา หรือความเข้าใจภาษา ไม่สนใจรับรู้ หรือละเลยร่างกายด้านตรงข้ามกับรอยโรค ตามอดชั่วคราว หรือตามองไม่เห็นครึ่งซีก

3.1.5.3.2 Vertebrobasilar TIA มีอาการแสดง คือ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน การมองไม่เห็นครึ่งซีก การกลอกตาผิดปกติ ตากระตุกมองเห็นภาพซ้อน เดินเซ พูดลำบาก และอาจมีอาการอ่อนแรงหรือชาของแขนขา โดยอาจเป็นซีกเดียวหรือทั้งสองข้าง นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติของก้านสมองและสมองเล็กอื่น ๆ

3.1.5.3.3 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกซ้าย ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกาย ซีกขวา การพูด และภาษา ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกนี้จะมีอาการอ่อนแรงข้างขวา บางคนพูดไม่ได้ แต่รับฟังรู้เรื่อง ถ้าเป็นมากจะไม่สามารถทั้งรับฟัง และการพูด

3.1.5.3.4 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพสมองซีกขวา ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกาย ซีกซ้าย การกระะยะและตำแหน่ง ดังนั้นผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองซีกนี้จะมีอาการอ่อนแรงข้างซ้ายบางคนไม่สามารถใส่กระดุมเสื้อได้ หรือใส่เสื้อผ้า ผูกเชือกรองเท้า

3.1.5.3.5 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองน้อย ซึ่งทำหน้าที่การทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่สมองส่วนนี้เสียหายจะมีอาการทรงตัวไม่ได้ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

3.1.5.3.6 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ก้านสมอง ซึ่งเป็นทางผ่านของเส้นประสาทที่นำคำสั่งจากสมองไปยังร่างกาย นอกจากนั้นยังควบคุมการหายใจ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยที่มีโรคตำแหน่งนี้ อาจจะอ่อนแรงแขนขาข้างใดข้างหนึ่งหรืออ่อนแรงแขนขาทั้งสองข้าง

สาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วย stroke คือ ก้านสมองล้มเหลว (Brainstem Failure) และการติดเชื้อของทางเดินหายใจจากสาเหตุอื่น เช่น โรคหัวใจ การเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะเซลล์สมองบวม ทำให้สมองถูกเบียดมากดศูนย์ควบคุมสัญญาณชีพใน Medulla ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม

### 3.1.6 การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1.6.1 การรักษาในระยะ acute phase ในกลุ่ม thrombotic stroke ในปัจจุบันไม่มีการรักษาใดที่ได้ผลดีที่สุดโดยไม่มีผลข้างเคียง ดังนั้นจึงควรพิจารณาในผู้ป่วยแต่ละรายไป

### 3.1.6.1.1 TIA มักจะเกิดจาก arterial to arterial ซึ่งใน

ปัจจุบันที่ได้ผลดี และราคาถูก คือ aspirin ส่วน antiplatelet อื่น ๆ ที่ใช้ได้ดี ได้แก่ Ticlopidine, Dipyridamole, Dipyridamole, TIA บางรายที่ให้ antiplatelet drug แล้วไม่ได้ผล หรือมี TIA ซึ่งระยะเวลานานขึ้น และเป็นถี่ขึ้น อาจต้องพิจารณาให้ amtcopagi;amt โดยให้ intravenous heparin แล้วตามด้วย warfarin หลังจากนั้น ควรทำการตรวจดูหลอดเลือดที่คอ (carotid artery) ด้วย doppler ultrasonogram, MRA หรือ angiogram ต่อไป ถ้ามีการตีบตันมากกว่า 70 % พิจารณาทำ carotid endarterectomy ส่วน TIA ซึ่งเกิดจาก cardiogenic emboli ควรให้ heparin ในระยะแรกประมาณ 1 สัปดาห์แล้วเปลี่ยนเป็น warfarin

### 3.6.1.2 Progressive stroke และ partial stroke การที่

ischemic stroke มีอาการมากขึ้นหรืออาจมีอาการมากขึ้นอาจเกิดได้หลายสาเหตุ เช่น เป็นผลจาก hemodynamic change, hypo/hyperglycemia, สมองบวม มี hemorrhagic infarction หรือเกิดเนื่องจากการตีบของหลอดเลือดมากขึ้นก็ได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเลวลงควรหาสาเหตุก่อน ถ้าอาการเลวลง นั้นเกิดจาก thrombosis มากขึ้น โดยไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ควรให้ intravenous heparin เพื่อป้องกันไม่ให้เกิด thrombosis เพิ่มมากขึ้นก่อนจะให้ heparin ควรจะทำ CT-scan ก่อนทุกราย เพื่อจะแยกภาวะอื่น ๆ ที่เป็นข้อห้ามในการให้ heparin เช่น เป็น small hemorrhagic infarction การให้ heparin นี้จะต้องติดตาม partial thromboplastin time หรือ venous clotting time เพราะอาจเกิดโรคแทรกซ้อนคือ bleeding ตามมาได้การรักษาอื่น ๆ สำหรับ progressive stroke ยังอยู่ระหว่างการศึกษาคือ Thrombolytic agent เพื่อละลาย blood clot โดยการฉีดสาร RT - PA ( Recombinant Tissue Plasminogen Activator ) หรือ urokinase เข้าไปในหลอดเลือด ตั้งแต่ระยะแรกหลังเกิด stroke พบว่า สามารถละลาย clot ได้แต่โอกาสเกิด intracerebral hemorrhage สูง จึงยังอยู่ระหว่างการศึกษาเพื่อจะนำมาใช้ต่อไป Calcium antagonist มีการศึกษาการใช้ nimodipine ใน acute stroke พบว่า อาจมีประโยชน์โดยการให้ทางปากวันละ 120 มก. ภายใน 18 ชั่วโมงแรก

NMDA (N-methyl-D-aspartate antagonist) MK 801, CNS 1120 Dextromethorphan ในทางทฤษฎีเชื่อว่า น่าจะสามารถป้องกันไม่ให้เซลล์ตายหลังจาก ischemia

3.6.1.3 Completed stroke คือ stroke ที่มี neurological deficit คงที่มากกว่า 48 ชั่วโมงสำหรับ carotid system และมากกว่า 96 ชั่วโมง ใน vertebral system ในการรักษาให้รักษาตามอาการและทำกายภาพบำบัด

### 3.6.1.4 stroke ที่เกิดจาก cardiogenic emboli ในกลุ่มนี้



ควรพิจารณาให้ anticoagulant ทุกรายเนื่องจากโอกาสจะเกิด emboli ซ้ำสูงมากใน 2 สัปดาห์ แรกดังนั้นจึงควรให้ heparin ทันทีถ้าไม่มีข้อห้าม ผู้ป่วยที่ไม่ควรให้ heparin ในระยะแรก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มี emboli ไปยังหลอดเลือดใหญ่ เช่น MCA ส่วนต้น เพราะอาจเกิด hemorrhagic infarction ได้ง่ายและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่เป็น septic embolism ในกลุ่มที่มี emboli ไปยังหลอดเลือดใหญ่ หลังจากรอดอาการ 4 วัน และทำ CT – scan ไม่พบ hemorrhagic infarction ควรพิจารณาให้ heparin ต่อไปเพื่อป้องกันการเกิด Re-embolization และตามด้วย warfarin

### 3.1.7 การป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วย Stroke ได้แก่

3.1.7.1 สมอสมอง จะเป็นอันตรายกรณีที่มี infarct ขนาดใหญ่ มักเกิด หลัง 24–48 ชั่วโมง รักษาป้องกันโดยการให้ IV fluid ด้วยความระมัดระวังและถ้าเกิดสมอสมอง แล้วพิจารณาให้ mannitol และ hyperventilation ในกรณีที่เป็นขนาดใหญ่ เมื่อสมอสมองอาจ กด brain stem ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นในกรณีของ cerebellum infarction บางครั้งอาจจะต้องทำการผ่าตัดเอาเนื้อสมองออก

3.1.7.2 Hemorrhagic infarction คือ การมีเลือดออกซ้ำในบริเวณที่มี infarction อยู่เดิมพบใน infarct ขนาดใหญ่เช่นเดียวกับสมอสมอง ถ้าเกิด hemorrhagic infarction แล้วทำให้มีอาการเคลื่อนไหวของสมองให้รักษาเช่นเดียวกับการมีสมอสมอง และจะต้องหยุดการให้ anticoagulant ทันที

3.1.7.3 อาการชัก พบได้ตั้งแต่เริ่มเกิด stroke และอาจกลายเป็น epilepsy ต่อมาการพิจารณาให้ยากันชักต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

### 3.1.8 การรักษาประคับประคองทั่วไป

3.1.8.1 การรักษาความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่เป็น stroke มักจะมีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อนแล้วในระยะ acute stroke ร่างกายก็จะมีกลไกเพื่อเพิ่ม cerebral blood flow โดยความดันโลหิตมักจะสูงขึ้นอีก การลดความดันโลหิตจะทำให้ cerebral blood flow ลดลง เป็นผลเสียต่อสมองส่วนที่มี ischemia ทำให้ขาดเลือดมากขึ้น ดังนั้นจึงควรให้ผู้ป่วยนอนพักในที่สงบ ความดันโลหิตมักจะลดลงมาตัวเองในระดับที่ไม่สูงมากนัก โดยไม่ต้องให้ยา หลังจากนั้น 4–6 สัปดาห์ เมื่อพ้นระยะ acute stroke และ cerebral autoregulation กลับมาปกติแล้วจึงค่อยเริ่มให้ยาลดความดัน เพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง

3.1.8.2 การควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือด electrolyte และการให้สารอาหาร ในระยะแรกการให้สารน้ำจะมีประโยชน์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะแห้งน้ำ (Dehydrate) ร่วมด้วยโดยการเพิ่ม plasma volume จะทำให้ cerebral blood flow เพิ่มขึ้น แต่ต้องระวังให้ผู้ป่วยที่มี infarct ขนาดใหญ่ เพราะการให้น้ำมากเกินไปอาจทำให้เกิดสมอสมองมาก

ขึ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การดูแลเรื่อง electrolyte และการให้อาหารก็เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนควรให้อาหารทางสายยางในอาหารระยะแรก

3.1.8.3 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีการศึกษาหลายแห่ง พบว่าการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในช่วง acute stroke จะทำให้เกิด tissue acidosis มากขึ้น และอาจทำให้อาการของ stroke เหวลง ดังนั้น จึงควรควบคุมระดับน้ำตาลไว้ไม่ให้สูงเกินไป โดยไม่เกิน 120 mg / dl ถ้าระดับน้ำตาลสูงควรพิจารณาให้ insulin

3.1.8.4 การระวังและรักษาโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อในปอด ทางเดินปัสสาวะและแผลกดทับ เป็นต้น

### 3.1.9 การรักษาสาเหตุ และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

3.1.9.1 Antiplatelet drug ใน thrombotic stroke หรือ arterial to arterial emboli ใช้ antiplatelet เพื่อป้องกันการเกิดอาการซ้ำ โดยอาจให้ aspirin 30 – 300 มก / วัน หรือ ticlopidine 500 มก / วัน

3.1.9.2 Anticoagulant ในการป้องกัน recurrent cardiac emboli โดยจะปรับ prothrombin time ให้มีค่า 1.5–2 เท่าของปกติ และต้องติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ มีเลือดออกได้

3.1.9.3 การผ่าตัด carotid endarterectomy ทำในกรณี minor stroke หรือ TIA ที่เกิดจากมี stenosis ของ carotid artery เกินร้อยละ 70 เพื่อป้องกันการเกิด stroke ซ้ำ

3.1.9.4 การรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง งดสูบบุหรี่ และงดดื่มเหล้า

### 3.1.10 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ป่วย และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อครอบครัว

3.1.10.1 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้ป่วย (นิภาวรรณ สามารถกิจและสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540; รัมภรดา อินทร, 2539; Hicky, 2003) แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

3.1.10.1.1 ผลกระทบระยะเฉียบพลันที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1.10.1.2 ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว หากการที่

ผู้ป่วยได้รับทำให้เกิดอันตรายต่อสมองใหญ่ทั่ว ๆ ไป หรือมีการทำลายลูกกลมไปถึงส่วนของ ก้านสมองในส่วนควบคุมระดับความรู้สึกตัว ส่งผลให้มีอาการหมดสติ ในภาวะนี้บุคคลจะไม่มี การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม อาจมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นในระดับต่าง ๆ กัน หรือไม่ตอบสนองเลย (รัมภรดา อินทร, 2539)

3.1.10.1.3 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน จะไม่เห็นผลกระทบทางด้านจิตสังคมเด่นชัดนัก เนื่องจาก ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว และไม่สามารถกระทำบทบาทในครอบครัวได้เช่นเดิม ใน สถานการณ์เช่นนี้ ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น(นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง, 2540)

3.1.10.1.4 ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยส่วน ใหญ่ต้องใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องและยาวนาน (Hicky, 2003) ในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็อาจจะไม่สามารถฟื้นฟูเป็นปกติเหมือนเดิมได้ ส่วนใหญ่ยังคงมีความพิการหลงเหลือ อยู่ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตัวเอง และครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหา เศรษฐกิจตามมา

3.1.10.2 ผลกระทบระยะยาวที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

3.1.10.2.1 ความบกพร่องทางด้านร่างกาย เกิดการสูญเสีย ความสามารถในการเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง และไม่สามารถติดต่อสื่อสารได้ จากการศึกษาของ Hickey (2003) พบว่าผลจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดและความบกพร่องทาง ภาย ด้านความคิด สติปัญญาและความเบี่ยงเบนของพฤติกรรม เป็นผลให้ผู้ป่วยขาดคุณสมบัติ ขั้นพื้นฐานที่จะรู้คิด ตัดสินใจและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการการดูแล อย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ และครอบครัว ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

3.1.10.2.2 ความบกพร่องทางการคิด และ สติปัญญา โรค หลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อการคิดรู้และสติปัญญาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความ บกพร่องในด้านการรู้คิด ทำให้ขาดคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ที่คิดหรือตัดสินใจกระทำกิจกรรม ในการ สนองความต้องการการดูแลได้

3.1.10.2.3 พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อาจมีพฤติกรรม ก้าวร้าว ต่อต้านการผูกมัด ปั่นเตียง ดึงสายหรือท่อต่าง ๆ ออกจากร่างกาย

3.1.10.2.4 ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม โรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า หงุดหงิดหรือฉุนเฉียวง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง ควบคุม ตนเองได้ลดลง

3.1.10.2.5 ผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัว โรคหลอดเลือด

เลือดสมองเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้บทบาทของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป เมื่อผู้ป่วยมีความพิการ หรือรอยโรคที่หลงเหลือ ทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2540)

3.1.10.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อครอบครัว สรุปได้ดังนี้

3.1.10.3.1 ผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัว ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความรุนแรง หรือความพิการของผู้ป่วย รวมทั้งลักษณะโครงสร้างของครอบครัว ก่อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากจะมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมีบทบาทหน้าที่ เป็นผู้ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสมอง รวมทั้งหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัวแทนผู้ป่วย ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกเครียดหรือเป็นทุกข์กับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2540)

3.1.10.3.2 ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง บางครั้งสมาชิกในครอบครัวอาจจำใจและแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (วิศาล คันธรัตน์กุล และภาริส วงศ์แพทย์, 2538) ยิ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงมากเท่าใด จะส่งผลให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงมากไปด้วย รวมทั้งความรู้สึกเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลเป็นเวลายาวนาน (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2540)

3.1.10.3.3 ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่มีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลด้วยกิจกรรมหรือภาระต่าง ๆ เหล่านี้ ถึงแม้ผู้ดูแลมีความเต็มใจและตั้งใจที่จะทำให้กับผู้ป่วยก็ตาม แต่ก็ยังเป็นภาระที่หนักหน่วง ต้องใช้เวลาและพลังงานอย่างมาก (รัมภรดา อินทร, 2540; Marsh และคณะ, 1998) รวมทั้งเป็นภาระที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน อาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเป็นของตนเอง แม้แต่การดูแลสุขภาพของตนเอง (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งวงแพง, 2540)

3.1.10.3.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ค่าใช้จ่าย

ในการรักษาพยาบาลและระยะเวลาของการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลงเหลือความพิการไม่สามารถกลับไปทำงาน เพื่อนำมาซึ่งรายได้เช่นเดิม และต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถไปทำงานหรือประกอบอาชีพได้เช่นเดิม (Kreutzer และคณะ, 1992) ส่งผลต่อความเครียด และวิตกกังวลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ดั่งแพง, 2540)

3.10.3.5 ผลกระทบต่อ อารมณ์จิตใจ และสังคม โรคหลอดเลือดสมองของสถานการณ ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจและสังคมของสมาชิกในเป็นครอบครัว ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มีความเกี่ยวพันกันกับผลกระทบด้านอื่น ๆ โดยเฉพาะความบกพร่องด้านร่างกายและสติปัญญาของผู้ป่วย ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในการดำรงชีวิต ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกเป็นภาระ เกิดภาวะเครียดและเสี่ยงต่อการปรับตัวที่ผิดปกติ ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย

### 3.2 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมีผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหา และได้รับผลกระทบทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ส่งผลกระทบต่ออาการดูแลผู้ป่วย พยาบาลควรให้ความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแล และอาจจำเป็นต้องใช้หลาย ๆ วิธีการร่วมกัน โดยวิธีการจัดกระทำทางการพยาบาลต่อผู้ดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของ บุษกร ประภาพรสุข (2546) พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลเชิงรุกที่น่าจะได้ผลดีที่สุด

3.2.1 การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ในด้านพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา การดูแลและวิธีจัดการกับปัญหาต่าง ๆ แนะนำการการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย อธิบายให้เข้าใจถึงปัจจัยที่เพิ่มความเครียดกับผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อไปยังผู้ป่วยแนะนำวิธี การปรับสภาพด้านจิตใจขณะให้การดูแลผู้ป่วย

3.2.2 การจัดบริการเพื่อช่วยเหลือให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้คำปรึกษาผู้ดูแลผ่านทางคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ ซึ่งผลการสำรวจความสนใจในการใช้แหล่งบริการของผู้ดูแลผู้ป่วยในประเทศแคนาดา พบว่าผู้ดูแลใช้กลุ่มก้อนหนุน ร้อยละ 10.4 ปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ผ่านทางโทรศัพท์ ร้อยละ 44.9 รับข้อมูลจากเอกสาร ร้อยละ 40.5 ได้รับความช่วยเหลือจากอาสาสมัครร้อยละ 14.8 (Colentonio และคณะ, 2000) การให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจช่วยทำให้เข้าใจอาการและเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแล มีเจตคติที่ดีเพราะการดูแลผู้ที่ตนรักทำให้สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เครียดช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีในบ้าน (มะลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547)



- 3.2.3 ร่วมมือกับญาติในการประเมินหรือคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมจะทำหน้าที่ผู้ดูแล
- 3.2.4 จัดหาหรือส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
- 3.2.5 การแนะนำแหล่งประโยชน์ที่จัดไว้ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน เพื่อให้มีการปรับตัว และมีกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสผ่อนคลายบ้าง
- 3.2.6 พยาบาลจะต้องสามารถช่วยให้ผู้ดูแลเกิดพลังอำนาจ (Empowerment) ในการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดูแล โดย
- 3.2.6.1 ประเมินว่าผู้ดูแลมีความรัก ความผูกพันและความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ เพราะสิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานในการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่อง
- 3.2.6.2 พยาบาลจะต้องเข้าใจว่า ผู้ดูแลจะเกิดความคับข้องใจวิตกกังวล และมีความ เครียด ขณะดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจะต้องให้การช่วยเหลือเพื่อให้ภาวะต่าง ๆ ลดลง คือการใช้วิธีการสนับสนุนในฐานะนักวิชาชีพ (Professional support) ได้แก่ การให้คำปรึกษาชี้แนะสนับสนุนการสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาพลังอำนาจ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลผู้ป่วย
- 3.2.6.3 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลนำปัจจัย และแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่มาใช้ เพื่อให้เกิดพลังอำนาจ ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อประสบการณ์ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
- 3.2.6.4 ควรประเมินสาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจ เช่น การขาดความรู้ ความเชื่อในอำนาจภายในตน หรือภายนอกตน เพื่อที่พยาบาลจะสามารถขจัด หรือลดสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ
- 3.2.7 ควรมีหน่วยงานที่รับผิดชอบคอยดูแลติดตามให้การสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ดูแลเป็นระยะ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลเพิ่มขึ้น โดยเน้นความเข้าใจกับผู้ดูแลว่าจะสามารถทำให้การดูแลดีขึ้นและลดความเครียดหรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้
- 3.2.8 จัดให้มีการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยวขาดการเกื้อหนุนและมีอารมณ์ซึมเศร้า (มะลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2547) โดยเฉพาะถ้าต้องดูแลประจำอยู่คนเดียว พยาบาลควรเป็นสื่อกลางในการสร้างความเข้าใจกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ให้ทราบถึงภาระและความยากลำบากของ

ผู้ดูแล รวมทั้งสร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้ตกอยู่ที่คนใดคนหนึ่ง ซึ่งจะไม่เกิดผลดีกับตัวผู้ป่วยและตัวผู้ดูแลเอง

3.2.9 ช่วยประสานแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ เช่น

3.2.9.1 บริการดูแลชั่วคราว (Respite service) เป็นบริการการดูแลผู้ป่วยชั่วคราว เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย รูปแบบของการบริการประเภทนี้ อาจเป็นบริการการดูแลที่บ้านหรือบริการการดูแลนอกบ้าน ซึ่งอาจมีหลายลักษณะด้วยกัน

3.2.9.1.1 โปรแกรมการดูแลตอนกลางวัน (Day care program) เป็นบริการที่จัดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือพิการทางร่างกาย หรือสมองระดับปานกลางโดยให้บริการเฉพาะเวลากลางวัน การบริการจะครอบคลุมการดูแลด้านสุขภาพอนามัย ด้านโภชนาการ การเข้าสังคม และสันทนาการ บริการนี้นอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและมีโอกาสพบปะผู้อื่นแล้ว ยังช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีเวลาผ่อนคลาย พักผ่อน และสามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ

3.2.9.1.2 โรงพยาบาลกลางวัน (Day hospital) เป็นสถานที่สำหรับให้บริการการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษา และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพร่วมกัน เปิดทำการเฉพาะเวลาราชการ โดยจะจัดเวลาการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

3.2.9.1.3 สถานพยาบาล (Nursing home) มีลักษณะเหมือนโรงพยาบาลทั่วไป แต่นับเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น จะให้บริการการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วย เมื่ออาการดีขึ้น จะส่งต่อให้พยาบาลเยี่ยมบ้านติดตามดูอาการต่อไป

3.2.9.2 บริการการดูแลที่บ้าน (Home care services) การบริการส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นไปที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว หรือรับรู้ว่าตนเองไม่ได้รับความช่วยเหลือ ดังนั้นการบริการที่ให้ เช่น การดูแลช่วยเหลือที่บ้าน หรือการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว หรือการเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

3.2.9.3 พยาบาลเยี่ยมบ้าน (Visiting nurse) เป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจากการศึกษาของ ศิริพันธ์ุ์ สาสัตย์ (2543) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลเยี่ยมบ้านดังนี้

3.2.9.3.1 ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลทุกครั้งที่เป็นเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินคุณภาพการดูแล และสังเกตภาวะเครียดของผู้ดูแล เนื่องจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกรับภาระในผู้ดูแล

### 3.2.9.3.2 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความคับ

ข้องใจ เพื่อลดภาวะเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในผู้ดูแล

### 3.2.9.3.3 ให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตามที่

ผู้ดูแลต้องการ เพื่อช่วยผู้ดูแลกลับเข้าสู่กิจวัตรประจำวันได้เร็วขึ้นและสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น

### 3.2.9.3.4 ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการการดูแลที่เข้า

กับสภาพบ้านเรือน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผน มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดภาวะความคับข้องใจที่เกิดขึ้น

### 3.2.9.3.5 ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล หรือ

การบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

### 3.2.9.3.6 ส่งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลไปยังสาขาวิชาชีพที่

เกี่ยวข้อง เมื่อพบปัญหาที่ตรงกับสาขาวิชาชีพนั้น ๆ

### 3.2.9.4 โครงการส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ถ้าญาติปราศจากปัญหา

เร่งด่วนที่เกิดจากภาวะวิกฤตของผู้ป่วย จะเรียกรับบริการตนเอง หรือกระทำโดยพยาบาลอนามัยชุมชน เมื่อได้รับการส่งต่อ พยาบาลเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลจะไปพบผู้ป่วย และผู้ดูแลที่บ้าน วางแผนการพยาบาลร่วมกัน โครงการนี้มีระยะเวลาให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อเนื่องไม่เกิน 72 ชั่วโมง

### 3.2.9.5 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ( Self-help group) เป็นกลุ่มที่

เกิดจากการรวมตัวกันของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกันในที่นี้คือเป็นผู้ดูแลเหมือนกัน โดยมีเป้าหมายที่จะให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยให้สมาชิกเพิ่มความสะดวกในการให้การดูแลผู้ป่วยและให้เผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม

### 3.2.10 แนะนำผู้ดูแลให้ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติตัว ที่จะนำไปสู่

ความสุขในการเป็นผู้ดูแล (Caregiver Survival tips) ซึ่งจากการศึกษาโดย National Family Caregiver Association U.S.A. (2005) ได้สรุปแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้ดูแล ดังนี้

#### 3.2.10.1 วางแผนการดูแล (Plan ahead)

#### 3.2.10.2 ฝึกฝนทักษะในการดูแลจากแหล่งประโยชน์ (Lean

about available resources)

#### 3.2.10.3 ลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลในแต่ละวันให้ลุล่วง

(Take one day at a time)

#### 3.2.10.4 พัฒนาแนวทางการปฏิบัติและวางแผนรับมือกับ

เหตุการณ์เฉพาะหน้า (Develop contingency plans)

3.2.10.5 ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ( Accept help)

3.2.10.6 ดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง ( Make your health a priority)

3.2.10.7 พักผ่อนให้เพียงพอและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (Get enough rest และ eat properly)

3.2.10.8 หาเวลาว่างให้กับตนเอง (Make time for leisure)

3.2.10.9 สร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง (Be good to yourself)

3.2.10.10 แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและระบายความรู้สึกกับผู้อื่น (Share your feelings with others)

### 3.3 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเหนื่อยล้า

โดยสรุปบทบาทของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลที่เหนื่อยล้า มีดังนี้คือ

3.3.1. จัดหาวิธีการสอนที่เหมาะสมเกี่ยวกับกลยุทธ์ ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยเน้น การสงวนพลังงานของร่างกาย การเบี่ยงเบนความสนใจ และการจัดการความเครียด (Barsevick และคณะ 2004; Mock และคณะ 2000) โดยการสงวนพลังงาน หมายถึง

3.3.1.1 ให้ความสำคัญกับผู้ดูแลโดยแนะนำให้ผู้ดูแลลำดับความสำคัญของกิจกรรม และวางแผนการทำกิจกรรมตามความสำคัญ และจัดลำดับเวลาที่ใช้

3.3.1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สอบถาม หรือขอความช่วยเหลือกับพยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบได้ตลอดเวลา

3.3.1.3 สนับสนุนผู้ดูแลให้มีการวางแผน การนอนหลับ และการพักผ่อนให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ โดยคำนึงถึงคุณภาพในการนอนหลับ และการพักผ่อนด้วย

3.3.1.4 สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้มีการทำกิจกรรม เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการหายใจ (Mock. 2004; Mock และ Olsen, 2003)

3.3.2. สนับสนุนผู้ดูแล ได้มีการออกกำลังกายเป็นประจำที่เหมาะสมกับผู้ดูแล เช่น การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก (Dimeo, 2001; Mock. 2003; Winningham, 2001)

3.3.3. สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้รับสารอาหารที่เหมาะสม ครบ 5 หมู่ เช่น ได้รับแคลอรีจากการรับประทานอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รวมถึงวิตามินและเกลือแร่และได้รับสารน้ำที่เพียงพอกับร่างกาย (Winningham, 2001)

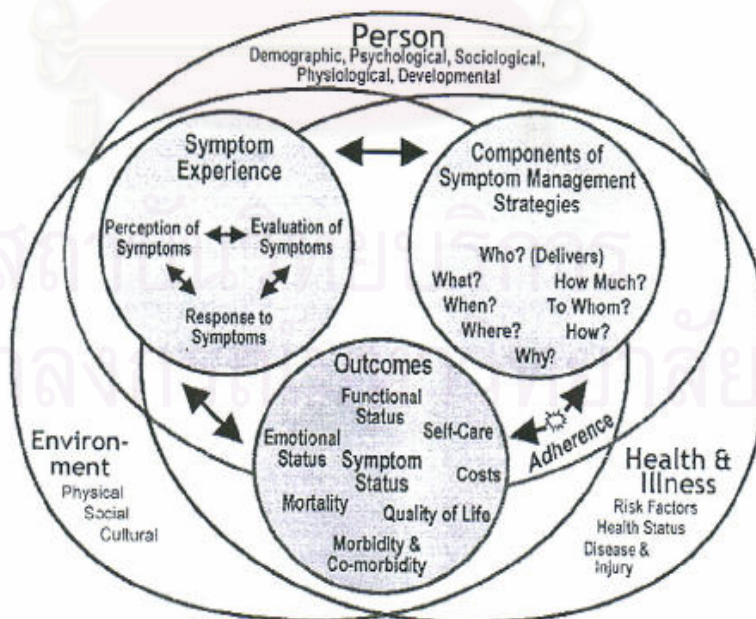
3.3.4. สนับสนุนให้ผู้ดูแล ได้มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณเดียวกัน



3.3.5. แนะนำผู้ดูแล ให้รายงานถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ ให้ทีมสุขภาพทราบ หรือติดตามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการกับอาการ เพื่อให้ทีมสุขภาพทราบถึงความก้าวหน้าในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

#### 4. แนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom management model)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ(2001) พัฒมาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson และคณะ (1994) เน้นการจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้การดูแลตนเอง (Self-care) ซึ่งเน้นทักษะ ความรู้ และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการกับอาการของตน ซึ่ง Dodd และคณะ (2001) ได้พัฒนาโดยอาศัยหลักฐานจากงานวิจัยต่าง ๆ โดยกล่าวว่า อาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงนั้น เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้มีอาการต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ อาการดังกล่าวไม่เพียงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน แต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม การจัดการกับอาการเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้มีอาการแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว โดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่นพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญ ซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้มีการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยร่วมกันพัฒนาแนว ทางในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการหลาย ๆ อาการที่เรื้อรังและต้องการการจัดการในระยะยาวโดย Dodd และคณะ (2001) มีแนวคิดว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ของแนวคิดในรูปแบบการจัดการกับอาการ



ตามแนวคิดการจัดการกับอาการเป็นประสบการณ์การรับรู้ และตระหนักของผู้บุคคล ต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางชีวะจิตสังคม (Biopsychosocial Function) (Harver และ Mahler, 1990 cited in Dodd และคณะ 2001) แนวคิดนี้เป็นการประเมินสภาวะของโรค และพิสูจน์ความมีประสิทธิภาพของกลวิธีในการจัดการกับอาการ ซึ่งทั้งอาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางในการรักษาโดย ผู้มีอาการควรจะได้รับทราบเรื่อง ความสำคัญของอาการ และทำให้ค่อย ๆ เข้าใจในอาการของตนเอง จนกระทั่งสามารถให้ความหมายของอาการ ความสัมพันธ์ของอาการ กับสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ

แบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ (Lenz และคณะ 1997 cited in Dodd และคณะ 2001) ซึ่งแบบจำลองการจัดการกับอาการนี้อยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อ คือ

1. อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคล เป็นการรายงานด้วยตัวของผู้มีอาการเอง
2. บุคคลอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการ เนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีในการจัดการกับอาการอาจเกิดขึ้นก่อนที่จะมีประสบการณ์การมีอาการ
3. ผู้ที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และคำอธิบาย การมีประสบการณ์ โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัว หรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกันกับการรายงานด้วยตัวเองมากที่สุด
4. กลวิธีในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่มครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน
5. การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ตามความต้องการ โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

นอกจากนั้นแบบจำลองนี้ยังตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาล ที่ประกอบด้วย บุคคล (Person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (Health และ illness) และสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการประกอบด้วย

1. บุคคล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic) จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และสรีรวิทยา (Physiological) ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลทำให้บุคคลมีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ ระดับการพัฒนาการในแต่ละบุคคล และมีผลต่อวิถีภาวะด้วย
2. สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health และ illness domain) มโนทัศน์ของสุขภาพ และความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งมีผลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในการจัดการกับ

อาการ ผู้ป่วยโรคเดียวกันมีกลวิธีการจัดการกับอาการที่เหมือนกัน แต่กลับพบว่าผลลัพธ์ที่ได้มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้แต่ละคนอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการได้จากปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันตามแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) ปัจจัยด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วย แม้จะมีกลยุทธ์ในการจัดการกับอาการที่เหมือนกันแต่ผลลัพธ์จะต่างกัน

3. สภาพแวดล้อม (Environment domain) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการขึ้นสภาพแวดล้อม ประกอบไปด้วยสภาพร่างกาย (physical) สังคม (social) และวัฒนธรรม (culture) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้านที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมถึงเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ดูแลรวมทั้งสถานที่ที่มีผลต่อวิถีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้เช่นกัน

สำหรับมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์กับการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ดังรายละเอียด

#### 4.1. ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience)

เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ จากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึก หรือเคยปฏิบัติโดยบุคคลจะประเมิน และตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรมการเข้าใจในสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญ เพราะจะทำให้สามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสบการณ์การมีอาการจะมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับอาการ และการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการ และการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น การประเมินและการตอบสนองต่ออาการสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่ออาการได้ โดยถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง เขาก็จะรับรู้ความรุนแรงมากขึ้น (Facione และ Dodd 1995, Jayne, 1996 cited in Dodd, และคณะ 2001: 671) โดยประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย

4.1.1 การรับรู้การมีอาการ (Perception of symptom) หมายถึง บุคคลซึ่งรู้สึกตัวดีแปลความผ่านกระบวนการคิดรู้งานเองถึงการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เคยเป็น หรือปฏิบัติ โดยมีมโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลง หรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคล หรือการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการรับรู้อาการมีความซับซ้อน หลังจากนั้นจึงทำการตัดสินใจในการที่จะจัดการกับอาการนั้น ซึ่งถ้าการรับรู้สอดคล้องตรงกัน การจัดการก็จะเป็นความขัดแย้งเกิดขึ้น แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้อง หรือไม่ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม (Koenig, 1999 cited in Dodd และคณะ 2001: 672) วัฒนธรรม และระยะของการพัฒนาการจะมีอิทธิพลในการรับรู้การมีอาการของ

แต่ละบุคคล โดยมีการศึกษาถึงประสบการณ์มีอาการก่อนมีประจำ เดือน และอาการก่อนหมดประจำเดือนของวัยรุ่น และพยาบาลผดุงครรภ์พิเศษหญิงวัยรุ่นธรรมดา ต่างกันว่าอะไรเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนองต่ออาการแตกต่างกัน (Taylor และ Bledsoe, 1986; Tatlor และ Woods 1991; Rittenhouse และ Lee, 1993; Taylor, 1995, Lee และ Taylor, 1996, Berg และ Taylor, 1999 cited in Dodd et al. 2001 ; 672)

4.1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึงการตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว หรือถาวร ความบ่อย และผลกระทบ หรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิตจากอาการผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการ จะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้อง และมีคุณภาพมากกว่าพวกที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz และคณะ 1997 cited in Dodd และคณะ 2001: 672)

4.1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมสังคม และพฤติกรรม อาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการ อาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ และมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการ และการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาว การตอบสนองด้านร่างกายต่ออาการ รวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย การรายงานอาการของตนเอง เป็นการตัดสินใจที่จะจัดการกับอาการ ซึ่งอาจเกิดปัญหาได้ถ้าการประเมินประสบการณ์เป็นการรับรู้ของสมาชิกของครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งอาจไม่ตรงกับการรับรู้ของตัวผู้มีอาการเอง (Fagerhaugh และ Strauss, 1977 cited in Dodd และคณะ 2001 : 672)

#### 4.2 กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

เป้าหมายของการจัดการกับอาการ เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยใช้กลวิธีการดูแลตนเอง การใช้ยาบรรเทาอาการและการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ การจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสบการณ์การมีอาการ จากกรรับรู้ในมุมมองของผู้มีอาการ กลวิธีการจัดการอาจมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียว หรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอม หรือไม่ยินยอมของผู้มีอาการ การควบคุมอาการ เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องการการปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลา และการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้มีอาการ และครอบครัวกับบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ผู้มีอาการ และครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้น หรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (สุริพร ธนศิลป์, 2546: 6)

กลวิธีในการจัดการกับอาการ เพื่อบรรเทาความเหน็ดเหนื่อยล้ามีหลายวิธี ซึ่งแบ่งได้ 2 ประเภท

4.2.1 วิธีบรรเทาความเหนื่อยล้าโดยการให้ยา (Pharmacological intervention) ได้แก่ การให้ยาในการรักษาอาการด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า เป็นต้น

4.2.2 วิธีบรรเทาความเหนื่อยล้าโดยไม่ให้ยา (Non-Pharmacological intervention) ได้แก่ การแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย การแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการส่งมอบพลังงานในร่างกาย การใช้วิธีทางจิตวิทยา การให้ความรู้และคำปรึกษา และการดูแลด้วยการแพทย์แบบผสมผสาน เป็นต้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.2.2.1 การออกกำลังกาย เป็นวิธีค่อนข้างที่มีประสิทธิภาพ ในการบรรเทาความเหนื่อยล้า (Schwartz, 1998; 458) โดยจะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กรดแลคติกที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อถูกขับออกไป กล้ามเนื้อจะมีแรงในการหดตัวมากขึ้น จึงบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ อีกทั้งการออกกำลังกายทำให้ร่างกายหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphins) ซึ่งเป็นสารสุขออกมาสามารถลดความทุกข์ทรมานทางจิตใจได้ รวมทั้งการออกกำลังกาย ยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายให้ดีขึ้นอีกด้วย (Ream และ Richardson, 1999: 1299) สำหรับการออกกำลังกายนี้เป็นอีกกลวิธีหนึ่งนิยมใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น แต่มักจะพบว่า เป็นการออกกำลังกาย อย่างไม่มีแบบแผน และไม่มีกฎเกณฑ์

4.2.2.2 การดูแลตนเองเพื่อสงวนการใช้พลังงานในร่างกาย (Conservation Energy Intervention) โดยการลดการมีกิจกรรมต่าง ๆ เป็นกลวิธีหนึ่งที่นิยมใช้มากในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า วิธีที่นิยมมาก คือการนอนหลับและการพักผ่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ระวี เดือนดาว (2547) ที่พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ มีเวลาก่อนหลับ อยากมีคนช่วย อยากไปตรวจร่างกายแต่ทั้งผู้ป่วยไม่ได้ อยากมีร่างกายที่แข็งแรงเพื่อจะดูแลผู้ป่วยได้นาน

4.2.2.3 การให้ความรู้และคำปรึกษา (Psychosocial และ preparatory intervention) เป็นการนำหลักการเบี่ยงเบนความสนใจมาใช้กับผู้ป่วยได้แก่ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การสร้างความผ่อนคลาย โดยพบว่าเป็นวิธีที่ผู้ดูแลเลือกนำมาใช้ในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นร้อยละ 24.7 – 25.0 (Ream และ Richardson, 1997)

นอกจากนี้ยังพบว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับสาเหตุ และผลกระทบของความเหนื่อยล้า เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าด้วยการดูแลตนเองก็พบว่าสามารถช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภันตรี กองทอง (2544) ที่ศึกษาผลของการใช้ระบบ การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 30 ราย โดยพยาบาลจะสอน และให้ข้อมูลเกี่ยวกับ

การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการรับรังสี และสังเกตอาการผิดปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ จะมีความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 4.2.3 การพยาบาลแบบผสมผสาน (Complementary therapy intervention)

ปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้การพยาบาลแบบผสมผสาน และการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Homeopathic remedies) ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าค่อนข้างน้อย แต่ก็พบว่าเป็นอีกทางเลือกที่ผู้ป่วยนำมาใช้ วิธีการเหล่านั้น ได้แก่การบีบนิ้วด้วยตนเองหรือผู้อื่น การประคบด้วยความร้อน การนวดฝ่าเท้าหรือการฝังเข็มเป็นต้น (Ream และ Richardson,1999:1269; จิราพรศิริรัตน์, 2000)

ประเทศไทยมีงานวิจัยที่ใช้การพยาบาลแบบผสมผสาน ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าเพียง 5 งาน คือการศึกษาผลของการประคบร้อนต่ออาการล้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 10 ราย ของ Panadda Intralawan (2001) ผลพบว่าภายหลังได้รับการประคบร้อนเพียงอย่างเดียวสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้เพียงบางส่วนและ ไม่สามารถทำให้ความเหนื่อยล้าหายไปได้ทั้งหมด สอดคล้องกับ อาลี แซ่เจียว (2547) ที่ได้ศึกษาผลของการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบต่อความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองอีก 20 ราย ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบและการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ การจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการนวดแผนไทยโดยใช้การนวดประคบ ซึ่งเป็นแบบหนึ่งของการดูแลแบบแพทย์ทางเลือกโดยมีขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้คือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของมารดาหลังคลอด 2) การจัดการกับอาการ โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการนวดประคบและ 3) การประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอดภายหลังได้รับการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบน้อยกว่าก่อนได้รับการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด กลุ่มที่ได้รับการจัดการกับอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Ladqaval และคณะ (2002) ศึกษาผลของการนวดกดจุดฝ่าเท้าต่อความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 19 รายโดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรูดกดจุดฝ่าเท้าเทียมนาน 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดกัน 4 วัน ผลการ ศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันของความเหนื่อยล้าและความเจ็บปวด พบว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดฝ่าเท้าจริงจะมีความเหนื่อยล้า และความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดฝ่าเท้าเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



สายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) ได้ใช้โปรแกรมการจัดการร่วมกับการรอดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มทดลองได้รับเนื้อหาของโปรแกรมประกอบไปด้วย 1) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและความต้องการ 2) การให้ความรู้ 3) การนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย 4) การประเมินระยะเวลาการทดลอง 8 วันโดยกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนเรื่องความเหนื่อยล้าและการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้ารวมทั้งได้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังเข้าร่วมการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัชรวรรณ จันทร์อินทร์ (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กึ่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มทดลองได้รับเนื้อหาของโปรแกรมประกอบไปด้วย 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย 2) การให้ความรู้ 3) การบริหารกาย-จิตด้วยชี่กึ่ง และ 4) การประเมินระยะเวลาการทดลอง 14 วัน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนเรื่องความเหนื่อยล้า และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า รวมทั้งได้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กึ่ง หลังสิ้นสุดการทดลองทันทีไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ และ 2) คะแนนความเหนื่อยล้ากลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

#### 4.3 ผลลัพธ์ (Outcomes)

เป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการจัดการกับอาการโดยผลลัพธ์จะมุ่งไปที่ 8 ปัจจัย คือ 1) ค่าใช้จ่าย (Costs) โดยจะรวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการบริการสุขภาพ หรือเงินทดแทนจากการทำงาน 2) สภาวะอารมณ์ (Emotional status) 3) การดูแลตนเอง (Self-care) 4) สภาวะการดำเนินงาน (Functional status) 5) คุณภาพชีวิต (Quality of life) 6) อัตราการเกิดโรคและโรคร่วม (Morbidity และ co-morbidity) 7) อัตราการตาย (Mortality) และ 8) สภาวะอาการ (Symptom status) โดยลักษณะของอาการเป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่น และผลลัพธ์ทั้งหมดอาจมีความสัมพันธ์ส่งผลซึ่งกันและกัน ด้านคุณภาพชีวิตนั้น จะถูกระทบเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือเป็นเวลานาน ระยะเวลาของการประเมินขึ้นอยู่กับความคงที่ของอาการ ซึ่งต้องการการจัดการกับอาการที่มีความต่อเนื่องและมีการตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาอาการประสบ

ผลสำเร็จและกลับสู่ภาวะปกติแล้ว การปฏิบัติต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อที่จะควบคุมอาการที่อาจจะเกิดขึ้นอีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการกับอาการจึงเหมาะสมที่จะใช้ในเรื่องการจัดการกับอาการโดยตรง และต้องการการจัดผลลัพธ์ในการจัดการที่มีความต่อเนื่อง

### 5. แนวคิดการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง

ในปัจจุบันแนวทางการดูแลสุขภาพค่อย ๆ เปลี่ยนทิศทาง จากเดิมที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องทำการรักษาและคอยแนะนำแก้ไขความผิดปกติของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางยา รับประทานยาตามคำสั่งเพียงแค่นั้น แต่ในสังคมปัจจุบันนั้นบทบาทของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในการดูแลตนเอง ทั้งการป้องกัน บำบัดรักษา และแก้ไขความพิการ มีเพิ่มมากขึ้น การแพทย์ทางเลือก หรือการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Alternative medicine or Complementary therapy) ซึ่งมีความหลากหลายสูงมาก และได้รับความสนใจมากพอสมควร ชี่กงก็ถือว่าเป็นการแพทย์ทางเลือกชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นศาสตร์ทางตะวันออก ซึ่งมีมุมมองว่ามนุษย์นั้นมีความแข็งแกร่งภายในตัวเอง ความแข็งแกร่งเหล่านี้เกิดจากปัจจัยภายใน คือ ความสมดุลในร่างกาย และปัจจัยภายนอกซึ่งหมายถึง สิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับตัวเรา อย่างไรก็ตามแม้ปัจจัยภายนอกจะเปลี่ยนแปลงและควบคุมได้ไม่ง่าย แต่หากปัจจัยภายในยังคงไว้ซึ่งความสมดุลแล้ว ก็ยากที่จะทำให้คนคนนั้นล้มป่วยลงได้ (เท็ดคักดี เดชคง, 2545)

#### ความหมายของชี่กง

ชี่ (Qi or Chi) หมายถึง อากาศ (Air) ลมหายใจ (breath) และพลังงานแห่งชีวิต (Vital energy) ที่ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้และเป็นพลังงานที่อยู่ในร่างกายของคนเรา หรือสมรรถภาพของร่างกาย ซึ่งจะมีผลต่อความต้านทานโรคของร่างกาย กง (Gong or Kung) หมายถึง การออกกำลังกาย ทักษะ หรือการฝึกหัด (Dorcac และ Yung, 2002) ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า ชี่กง ไว้หลายท่าน ดังนี้

บรรจบ ชุนหวัดสิติกุล (2541) ให้ความหมายว่า เป็นการฝึกฝนตนเองด้วยพลัง สมาธิ และท่าฝึกบางท่า อันอำนวยความสะดวกของลมปราณ เพื่อสร้างเส้นโคจรอันแคล่วคล่องไม่ติดขัดในร่างกายผู้ฝึก ซึ่งตั้งอยู่บนรากฐานของหยิน หยาง

เพชรพงษ์ พรายมณ (2542) ให้ความหมายว่าเป็นการฝึกพลังของลมปราณ ซึ่งเป็นวิธีการโบราณที่เชื่อมั่นกันว่าจะช่วยให้คนมีอายุยืนยาว มีสุขภาพแข็งแรง รวมทั้งสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและบำบัดรักษาโรคด้วยตนเอง

เท็ดคักดี เดชคง (2545) ให้ความหมายว่า เป็นการทำงานเพื่อเพิ่มพูนพลังชีวิต

จั่วข้ออ้าง (2542) ให้ความหมายว่า เป็นการบริหารการฝึกหายใจ หรือการบริหารให้ กระปรี้กระเปร่า เป็นการบริหารชนิดหนึ่ง ซึ่งรวมการหายใจเข้ากับการทำสมาธิ และการผ่อนคลาย โดย ชี หมายถึง อากาศที่เราหายใจเข้า-ออก และ กง หมายถึงการบริหารความชำนาญหรือการฝึก

จากความหมายข้างต้นพอสรุปได้ว่า ชีกง หมายถึง การประสานระหว่าง การบริหาร ร่างกาย การฝึกบริหารการหายใจ รวมกับการทำสมาธิและการผ่อนคลาย เพื่อเป็นการเพิ่มพลังชีวิต ทำให้สุขภาพแข็งแรง สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและบำบัดโรคได้ด้วยตนเอง

สรุป ชีกง หมายถึง การพัฒนาฝึกฝนเพื่อให้ร่างกายมีพลังมากขึ้น

### ทฤษฎีพื้นฐานของชีกง

McCaffrey และ Fowler (2003) ได้กล่าวถึงทฤษฎีพื้นฐานของชีกงว่า สัมพันธ์กับทฤษฎี การแพทย์แผนจีน คือ หลักหยินหยาง ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างอวัยวะและอวัยวะภายใน (Zang – fu) และทฤษฎีเส้นโคจรเลือดลม 20 เส้น

1. ชีกง และทฤษฎีหยินหยาง เป็นหลักปรัชญาเบื้องต้นของวิถีแต่กล่าวถึงด้านของสรรพ สิ่งที่ตรงข้ามกัน ขัดแย้งกัน และกลมกลืนกันในสากลจักรวาล รวมทั้งภายในร่างกายคนเรา ซึ่ง หมายถึงว่า ด้านทั้งสองนี้จะต่อต้านกัน ขณะเดียวกันก็ควบคุม และเป็นเอกภาพแก่กัน คนมีผู้ชาย และผู้หญิง ร่างกายมีฮอริโมนระบบเสริมสร้างและระบบเผาผลาญ ประสาทมีเร่งรัดและผ่อนคลาย เซลล์มีเติบโตแบ่งตัวและมีเสื่อมสลาย ลมหายใจมีเข้าและมือออก ซึ่งสิ่งที่ตรงข้ามที่ขัดแย้งและอยู่ รวมกันต่างสอดผสมผสานกันด้วยพลังอย่างหนึ่ง คือ พลังแห่งชีวิต ถ้าจำแนกละเอียด ลมหายใจ เข้าถือเป็นยิน ขณะหายใจออกถือเป็นหยาง การหายใจเข้าเป็นการสูดรับชีหรือปราณจากภายนอกเข้าสู่ตัวเรา การหายใจออกเป็นการปลดปล่อยชีของเราสู่สากลจักรวาล การฝึกชีกงส่วนที่ เกี่ยวกับลมหายใจ จึงเน้นให้ผู้มีสังกัดธาตุ หยางหรือมีธาตุไฟรุนแรงควรสนใจในลมหายใจออก ส่วนผู้ที่ขาดธาตุอินหรือพ่องพลังลมปราณ ให้เน้นหนักที่ลมหายใจเข้า

สรุปคำว่า “สมดุล” สภาพสมดุลของหยินหยาง หมายถึง ร่างกายของคนทั้งภายในและ ภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ของอวัยวะภายในอยู่ในภาวะสมดุลคงที่ การที่จะสามารถอยู่ใน สมดุลได้ต้องอาศัยพลังอย่างหนึ่งในการผสมผสานความสมดุล นั่นคือพลังแห่งชีวิต หรือ ชีกง บทสรุปสำหรับความสมดุลของผู้ฝึกพลังชีกง ก็คือ สมดุลของการนิ่งและการเคลื่อนไหว สมดุลของ อารมณ์ไม่สุขหรือทุกข์มากเกินไป สมดุลของการให้และการรับ สมดุลของกายและจิต หาก ร่างกายดีแต่จิตใจอ่อนแอ หรือจิตใจแกร่งแต่ร่างกายอ่อนแอก็ไม่ดีทั้งนั้น และสุดท้ายสมดุลของ อาหารการกิน ไม่มากจนอ้วน ไม่น้อยจนผอม กินอาหารที่หลากหลายสาร อาหารและรสชาติ

### 2. ชีกงและทฤษฎีเส้นโคจรของเลือดลม

การแพทย์แผนจีนเชื่อว่าร่างกายมีเส้นโคจรของเลือดลมที่จัดวางไว้ 12 เส้น หลักและ เส้นพิเศษอีก 8 เส้น เส้นที่ 12 นั้นเชื่อมต่อระหว่างอวัยวะภายในกับผิวหนังภายนอกอวัยวะจะ

สมบูรณแข็งแรงก็ด้วยได้รับการหล่อเลี้ยงจากธาตุภายนอกเข้ามาผสมผสาน กับธาตุภายใน ผ่านเส้นโคจรทั้ง 12 ขณะเดียวกันการแปรปรวนของลมฟ้าอากาศภายนอก ก็อาจกระทบสมดุลของธาตุที่ประกอบขึ้นเป็นอวัยวะภายใน โดยผ่านเส้นโคจรเหล่านี้

ซิงก เป็นพลังปราณที่หมุนเวียนไปตามเส้นโคจรเหล่านี้ การเดินลมปราณถือหลักหมุนเวียนลมปราณในวงจรเบื้องบน เคลื่อนปราณขึ้นและลง เปิดและปิดแคว่คล่อง ซึ่งถือเป็นหลักสำคัญของการฝึกซิงก เมื่อเส้นโคจรหมุนเวียนได้ต่อเนื่องไม่ติดขัด ก็ทำให้อวัยวะภายในทั้ง 11 และอีก 1 ช่องลำตัวทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นรากฐานของสุขภาพอันดี

### 3. ทฤษฎีซิงกกับอวัยวะ

การแพทย์แผนจีน ถือว่า จิตของคนเราเป็นองค์รวมของความคิดสัมผัสปัญญา และดวงวิญญาณ การปฏิบัติซิงกทำให้จิตใจสงบก้าวสู่สมาธิเป็นผลให้จิตพัก และปรับตัวได้คล่องแคล่วยิ่งขึ้น ซึ่งซิงกมีความสัมพันธ์กับอวัยวะต่าง ๆ ดังนี้

หัวใจ ควบคุม เลือด และการหมุนเวียน หัวใจสำแดงตนออกที่ใบหน้า การปฏิบัติซิงกมีผลต่อพลังปราณของหัวใจ ซึ่งสังเกตได้จากจังหวะ และน้ำหนักของชีพจร รวมถึงสีผิวบนใบหน้า

ปอด ควบคุม ลม และ การหายใจ การฝึกหายใจของซิงกเป็นการเปิดรับพลังลมปราณจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และช่วยปลดปล่อยลมปราณที่คั่งค้างจากอวัยวะต่าง ๆ ให้หมดไป ปอดกำหนดพลังในส่วนที่เกี่ยวกับลมหายใจ และสารจำเป็นซึ่งเป็นพื้นฐานในการทำงานของอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย (เปรียบได้กับระบบทางเดินหายใจ และระบบไหลเวียน)

ไต เมื่อปอดเป็นผู้สูดลมปราณสู่ร่างกาย ไตจะเป็นผู้เก็บรับปราณในเรือนร่าง ก่อให้เกิดเป็นปราณประจำกายของเราเอง ทำให้เกิดพลังชีวิตที่ขบเคลื่อนไปมิหยุดหย่อน

ตับ เป็นอวัยวะที่สะสมเลือด และเพิ่มพลังความคิดอารมณ์ที่แจ่มใสจะช่วยให้ตับทำงานดีอารมณ์เศร้าเครียดทำให้เผาไหม้พลังตับ ทำให้การโคจรของปราณดับชะงักงัน เมื่อปฏิบัติซิงกจิตจะสงบและผ่อนคลาย ทำให้อารมณ์แจ่มใส ช่วยดับเชื้อไฟพลังหยางที่ผลาญตับได้อย่างดี

ม้าม เป็นอวัยวะส่งผ่านและย่อยสลายสารอาหารน้ำลาย คือสารคัดหลั่งของม้าม การปฏิบัติซิงก ช่วยส่งเสริมพลังย่อยอาหารของม้ามได้โดยตรง ทำให้อยากอาหาร การหายใจที่อาศัยการเคลื่อนขึ้นลงของกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องจึงเป็นการนวดกระเพาะช่วยขับเคลื่อนลำไส้

### หลักในการฝึกซิงก

การปฏิบัติให้เกิดผลมีพลังซิงก จะต้องเข้าใจหลักการที่จำเป็นซึ่งขาดไม่ได้ในการฝึกซิงก ฉะนั้นการฝึกซิงกที่จะให้ผลดีนั้น ควรมีหลักในการฝึกดังนี้ (เทิดศักดิ์ เดชคง ; 2545)

1. Respiration การหายใจเป็นตัวแรกที่ต้องทำความเข้าใจฝึกฝน จนเกิดความชำนาญ โดยเฉพาะการหายใจด้วยท้องผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลม การหายใจเข้าออกในขณะที่ฝึกซิงกจะต้องมีสมาธิในการฝึก และหัดควบคุมการหายใจเข้าออก ผสมผสานกันไปด้วยการหายใจ



จะถูกควบคุมโดยตรงจากสมอง ทำให้เกิดจังหวะสม่ำเสมอ ลมหายใจที่ลึกและคงที่ตลอดช่วงที่หายใจออก เมื่อใดที่เคลื่อนไหวขึ้นหรือขยายออกให้หายใจเข้าที่อท้องพอง และเมื่อมือลดต่ำลงหรือหดเข้าเป็นจังหวะหายใจออกที่อยุบซึ่งจะทำให้ได้ชีวิตจากธรรมชาติ

2. Relaxation การผ่อนคลาย ควรทำอย่างสงบ ในระหว่างที่ฝึกนั้น ให้ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ

3. Regulation หมายถึง กฎเกณฑ์ที่ใช้ในการเคลื่อนไหวของร่างกาย และวางจิตใจ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ส่วน คือ ส่วนร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

3.1 กฎของร่างกาย คือ ทำเมื่อร่างกายพร้อม เช่น ไม่อึดหรือหิวจนเกินไป ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้สูง กระบวนท่าต่าง ๆ ควรเรียงลำดับ แต่ก็อาจจะกลับมาเป็นชุด ๆ ได้ เน้นความสม่ำเสมอและนุ่มนวลของร่างกาย มือขึ้นช้าลงอย่างสม่ำเสมอ ไม่สะดุดหรือหยุดชะงัก

3.2 กฎของจิตใจ 1) ทำเมื่อจิตใจพร้อม อยู่ในอารมณ์สบาย ไม่เคร่งเครียด ไม่หงุดหงิด โกรธโมโห 2) จิตใจนิ่งอยู่บนฝ่ามือ การฝึกชี่กง 4 ท่า เป็นการทำให้สมาธิกับการเคลื่อนไหวของฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง 3) ในการฝึกกระยะแรกจำเป็นที่จะต้องใช้จิตใจให้นำให้เกิดชี่บนฝ่ามือ รูปแบบของชี่ คือนึกถึงความร้อนบนฝ่ามือ 4) การพัฒนาของจิตใจจะเกิดพร้อมสุขุภาพที่ดีขึ้น อารมณ์โกรธและเป็นทุกข์อยู่เสมอลดน้อยลง แต่ความรู้สึกเป็นสุขมีความรัก และการให้อภัยมากขึ้น

3.3 กฎของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่ดีนำมาซึ่งพลังที่สมบูรณ์สถานที่ฝึกจะเป็นในห้องหรือกลางแจ้งก็ได้ ขอให้เป็นที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

### ผลของการฝึกชี่กงต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

จากการศึกษาของ Chen (2004) ได้ทำการวิเคราะห์ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผลของการฝึกชี่กงในประเทศจีน แล้วพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่าง ๆ ดังนี้

1. ผลของชี่กงต่อระบบกล้ามเนื้อประสาท เมื่อฝึกชี่กงจนบรรลุเป้าหมายแห่งการโคจรของลมปราณ คลื่นไฟฟ้าสมองของผู้ฝึกจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ความถี่ลดลงเรื่อย ๆ และรูปคลื่นเริ่มเรียงตัวเป็นระเบียบไม่สับสนวุ่นวายเหมือนในยามปกติ ทั้งจะพบคลื่นของกลีบสมองด้านหน้า (frontal lobe) มีอำนาจมากขึ้น สมองกลีบนี้ควบคุมการทำงานของอวัยวะภายใน และต่อมต่าง ๆ ให้ทำงานได้ดียิ่งขึ้น และยังพบอีกว่าการปฏิบัติชี่กง ส่งผลให้คลื่นสมองในบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ จะลดน้อยลง นักสรีรวิทยาอธิบายว่า ชี่กงทำให้เกิดการกลั่นกรองสัญญาณของคลื่นสมอง ที่พบบริเวณเครือข่ายสมองชื่อว่า reticulum เป็นผลให้จิตสงบได้ดี ในสภาวะนี้การเต้นของหัวใจลดลง ทั้งระบบประสาทซิมพาเทติกก็มีความไวลดลง แต่ไปเพิ่มความไวในการทำงานของประสาทพาราซิมพาเทติก สำหรับกล้ามเนื้อลายจะมีการคลายตัว ทดสอบไฟฟ้ากล้ามเนื้อก็พบระยะพักตัวของกล้ามเนื้อนานขึ้น



2. ผลของชี่กึ่งต่อระบบหายใจ เมื่อฝึกชี่กึ่ง การหายใจจะช้าลง หายใจลึกลมเข้าออกมากขึ้น เพิ่มอัตราการขับคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มจำนวนออกซิเจนในร่างกาย การหายใจลึกจนถึงช่องท้อง โดยผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลมเป็นการกระตุ้นประสาทสมองคู่ที่ 10 ที่เรียกว่า วากัส ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมอง ทอดยาวมาตามแนวกระดูกสันหลังลงมายังอวัยวะในช่องท้อง โดยได้ส่งแขนงบางส่วนไปยังกล้ามเนื้อกระบังลม การกระตุ้นเส้นประสาทวากัสจะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง ทำให้มีการตอบสนองของมายังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งมีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดฝอย การเคลื่อนไหวของลำไส้ และลดอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

3. ผลของชี่กึ่งต่อระบบทางเดินอาหาร ปฏิบัติชี่กึ่งช่วยเพิ่มคลื่นการบีบตัวของทางเดินอาหาร ทั้งบีบไล่อาหารได้แรงขึ้น เพิ่มการขับน้ำย่อยมาย่อยอาหาร ชี่กึ่งอีกด้านหนึ่งสงบประสาทส่วนปลาย และปรับการทำงานของประสาทควบคุมอวัยวะภายใน ผลคือทำให้กระเพาะ ลำไส้ทำงานได้ดีกว่าเดิม การหายใจเข้าออกที่ต้องใช้กระบังลมและกล้ามเนื้อท้อง ยังช่วยการขับคลื่นอาหารในกระเพาะลำไส้ได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

4. ผลของชี่กึ่งต่อระบบหัวใจหลอดเลือด ปฏิบัติชี่กึ่ง มีผลลดความดันเลือดในผู้ที่มีความดันเลือดสูง แต่ก็มีผลเพิ่มความดันเลือดในคนที่มีความดันเลือดต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ภิราษร (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารผ่อนคลายด้วยชี่กึ่งต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยลดความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยพบว่าภายหลังที่เข้าร่วมการทดลองพบว่า ระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับที่ลดลงกว่าก่อนการทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

5. ผลของชี่กึ่งต่อระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญอาหาร การปฏิบัติชี่กึ่งทำให้ตับเพิ่มกระบวนการสร้างไกลโคเจน ซึ่งเป็นสารอาหารที่สะสมในตับ และลดการย่อยสลายสารนี้ที่จะออกไปเป็นพลังงาน ชี่กึ่งจึงเป็นกระบวนการเก็บสะสมพลังงานที่ดี ที่เกิดผลเช่นนี้ได้เพราะชี่กึ่งช่วยเสริมสร้างการทำงานของอินซูลินในการเก็บรับน้ำตาลจากแป้ง เพื่อส่งเข้าตับ อีกทั้งลดการทำงานของต่อมใต้สมองอีกด้วย เมื่อชี่กึ่งลดการทำงานของต่อมใต้สมอง จึงเป็นผลให้ต่อมหมวกไตทำงานได้ตามปกติไม่ทำงานหนักเกินไป โดยไม่ต้องรับหมุนเปลี่ยนแป้งเป็นพลังงาน ทั้งไม่ต้องบีบรัดหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง จึงทำให้ร่างกายได้ปรับสมดุลและเข้าสู่ความสงบได้พักและได้ซ่อมแซมตัวเองอีกด้วย จากการศึกษาของ อุไรวรรณ โพธิ์พนม (2546) ที่ศึกษาผลของการรำมวยจีนชี่กึ่งต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มละ 15 ราย ผลการ

ทดลองพบว่าระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของกลุ่มทดลองลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงก็มีระดับลดลงมากกว่าเช่นกัน

6. เมื่อร่างกายมีความเครียด ระบบหลอดเลือดฝอยจะมีขนาดเล็กลง เนื่องจากระบบซิมพาเทติกถูกกระตุ้น อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน ต่อมไทมัส และต่อมน้ำเหลืองต่าง ๆ จะลดความไวลง ความเครียดอย่างยาวนานย่อมทำให้ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตมีปริมาณสูงผิดปกติ และเป็นตัวที่ลดการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่มีหน้าที่จับกินเชื้อโรคและเซลล์ที่ผิดปกติ ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากมีจิตใจที่ห่อเหี่ยวท้อแท้ก็ย่อมทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอ การฝึกชี่กงจะทำให้มีการเพิ่มของเม็ดเลือดแดงต้องใช้ความพร้อมทางกายและใจ ในการฝึกฝน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องใช้ร่วมกันกับการปรับสมดุลของอาหาร พฤติกรรม การฝึกฝนจิตใจ และการออกกำลังกาย (อัญริช นิตูธร, 2543)

ประเภทของการฝึกชี่กง การฝึกชี่กงแบ่งได้ 2 ประเภท คือ

1. การฝึกเพื่อการรักษา หมายถึง การให้แพทย์ด้านพลังลมปราณปล่อยพลังลมปราณตัวเองออกมาช่วยรักษาโรคให้กับผู้ป่วย ซึ่งต้องฝึกฝนกันมาอย่างเข้มงวดเป็นเวลานานถึงจะทำได้

2. การฝึกเพื่อสุขภาพ หมายถึง เป็นวิธีการรักษาด้วยตนเองอย่างหนึ่ง ซึ่งอาศัยพลังลมปราณด้วยตนเองมาป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพกายและจิต การฝึกเพื่อสุขภาพจะแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

2.1 แบบนิ่ง (Static gongong or internal gongong) เป็นวิธีการฝึกที่รวมเอาแต่การหายใจและกระแสวิจิตเข้าด้วยกันโดยไม่ขยับตัว ซึ่งเปรียบได้กับการปฏิบัติสมาธิแบบพุทธวิธี ชนิดอานาปานาสติ โดยการฝึกสติให้สัมผัสรู้อย่างต่อเนื่องในการเคลื่อนไหวของลมหายใจ

2.2 แบบเคลื่อนไหว (Dynamic gongong or external gongong) เป็นวิธีการฝึกที่รวมเอาการหายใจ กระแสวิจิต และการเคลื่อนไหวออกท่าทาง ทั้งสามอย่างเข้าด้วยกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการฝึกชี่กงแบบเคลื่อนไหวมาศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย 4 ท่า ตามหลักของ นพ.เทิดศักดิ์ เดชคง ด้วยเหตุผลว่าท่าที่มากเกินไปอาจต้องใช้เวลาในการเรียนรู้นาน ท่าทั้ง 4 นี้ คนที่ไม่มีความรู้มาก่อนสามารถทำได้ง่าย

การฝึกบริหารด้วยชี่กง มีข้อควรจำ 3 ประการ คือ

1. ท่าสม่่าเสมอไม่ติดขัด คือทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปอย่างต่อเนื่องเสมือนการเคลื่อนไหวของน้ำ เป็นการหมุนเวียนของลมปราณ เมื่อจะเปลี่ยนท่าก็มีความนุ่มนวลราบรื่นไม่สะดุด

2. หายใจเข้า-ออก ตามการเคลื่อนไหว เมื่อใดที่ฝ่ามือขึ้นและขยายออกให้หายใจเข้ามือลดต่ำลงหรือหดเข้ามาเป็นจังหวะหายใจออก

3. จิตใจวางไว้ที่ฝ่ามือ การวางจิตไว้เหมือนกับการรู้สึกสัมผัส (ไม่ใช้การคิดถึง) ฝ่ามือเคลื่อนไหวไปที่ใดจิตก็ตามไปที่นั่น เสมือนกับการทำสมาธิเคลื่อนไหวที่ใช้จิตติดตามฝ่ามือ

### ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนทำการฝึกบริหารซิ้ง

1. สวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย ยืดหยุ่นดี
  2. ไม่ควรสวมใส่รองเท้าให้เท้าเปล่าสัมผัสพื้นสนามหญ้า
  3. วางเท้าด้วยความกว้างเสมอไหล่ ปลายเท้าชี้ตรง
  4. กระตุ้นจุดทั้ง 6 ท่าละ 5 ครั้ง เป็นอย่างน้อย
  5. บริหารข้อต่าง ๆ เช่น ไหล่ ศอก ข้อมือ สะโพก ข้อเท้า
- การเปิดลมปราณโดยวิธีการกระตุ้นจุดทั้ง 6 ได้แก่**

#### 1. ทรวงอก

ท่าที่ 1

- บิดทรวงอกตามเข็มนาฬิกา 2 ข้างไปทางซ้ายและขวา
- บิดไปทางซ้ายหายใจเข้า ทางขวาหายใจออก
- จิตใจวางไว้ที่กลางทรวงอก

ท่าที่ 2

- แยกแขนออกทั้ง 2 ข้าง ดึงศอกไปข้างหลังแล้วหุบเข้ามาด้านหน้า
- หายใจเข้าเมื่อแยกศอก หายใจออกเมื่อหุบเข้ามา
- จิตใจวางไว้ที่กลางทรวงอก

ท่าที่ 3

- มือจับกันล็อกเอาไว้
- โยกข้อศอกขึ้นบน ลงล่างสลับกัน
- จิตใจวางไว้ที่กลางทรวงอก

#### 2. คอหอย

ท่าที่ 1

- หันหน้าไปทางซ้ายและขวา
- ไปทางซ้ายหายใจเข้า ไปทางขวาหายใจออก
- จิตใจวางไว้ที่คอหอย

ท่าที่ 2

- เอียงศีรษะไปทางซ้ายและขวา
- หายใจเข้า-ออกตามจังหวะ
- จิตใจวางไว้ที่คอหอย

ท่าที่ 3

- แหงนคอไปข้างหลัง หายใจเข้า

- เวลาคุ้ม หายใจออก
- จิตใจวางไว้ที่คอหอย

### 3. หว่างคิ้ว

ท่าที่ 1

- กลอกตาไปทางซ้ายและขวา
- หายใจเข้าออกตามจังหวะ
- จิตใจจับอยู่ที่กลางหว่างคิ้ว

ท่าที่ 2

- กลอกตาขึ้นบน ลงล่าง
- หายใจเข้า กลอกตาขึ้น
- หายใจแอกกลอกตาลง
- จิตใจอยู่ที่หว่างคิ้ว

ท่าที่ 3

- กลอกตาตามเข็มนาฬิกา หายใจเข้า
- หลอกตาทวนเข็มนาฬิกา หายใจออก
- จิตใจอยู่ที่หว่างคิ้ว

### 4. กระทบ่อม

ท่าที่ 1

- ประสานมือทั้ง 2 ข้าง นิ้วชี้และนิ้วกลางชี้ ออก
- ยกมือที่ประสานกันขึ้น หายใจเข้า
- ลดมือลง หายใจออก
- จิตใจวางไว้ที่กระทบ่อม

### 5. สะตือ

ท่าที่ 1

- มือเท้าสะเอวบิดไปทางซ้าย
- บิดเอวไปทางขวา หายใจออก
- จิตใจวางไว้ที่สะตือ

ท่าที่ 2

- แอนไปข้างหลัง หายใจเข้า
- คุ้มตัวมาข้างหน้า หายใจออก
- จิตใจวางไว้ที่สะตือ

## ท่าที่ 3

- หมุนเอวในทิศตามเข็มนาฬิกาหายใจเข้า
- หมุนเอวในทิศทวนเข็มนาฬิกา หายใจออก
- จิตใจวางไว้ที่สะดือ

## 6. ก้นกบ

## ท่าที่ 1

- ย่อเข่าลง ภายใจอก
- เขยียดเข่าขึ้น หายใจเข้า
- จิตใจวางไว้ที่ก้นกบ

## ท่าในการฝึกบริหารด้วยซีก 4 ท่า (เทิดศักดิ์ เดชคง, 2545)

ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ เริ่มต้นจากการยืนกางขา ด้วยความกว้างพอ ๆ กับไหล่ วางปลายเท้าให้ชี้ตรงไปข้างหน้า หลังตั้งตรง ตามองตรงไปข้างหน้า ค่อย ๆ หายใจฝ่ามือทั้ง 2 ข้างขึ้นช้า ๆ ตามจังหวะหายใจเข้า เมื่อมือถึงระดับคางก็คว่ำมือและลดมือลงต่ำ ช่วงนี้เป็นจังหวะหายใจออก เมื่อฝ่ามือลงมาถึงระดับเอวค่อยย่อเข่าทั้ง 2 ข้างเล็กน้อย

ท่าซ้ำท่าที่ 1 ด้วยการหายใจฝ่ามือ ยกขึ้นไปใหม่ เมื่อมือถึงระดับเอว ค่อยเขยียดเข่ายกฝ่ามือขึ้นไปจนถึงระดับคางจึงคว่ำมือ แล้วลดลงมาใหม่ วนเวียนอย่างนี้ไปเรื่อย ๆ

ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง เริ่มต้นโดยต่อจากท่าที่ 1 ด้วยการยกแขนและฝ่ามือขึ้นมาตรง ๆ ในแนวกลางจนถึงลับส่ายตาแล้วหันฝ่ามือเข้าหากันก่อน จึงขยายฝ่ามือออกทั้ง 2 ด้าน จังหวะนี้เป็นจังหวะหายใจเข้าเมื่อกลับหุบแขนเข้ามาตรงหน้าคว่ำมือลดลงต่ำมือถึงเอวก็ย่อเข่าลง จังหวะนี้ให้หายใจออก

ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า จากท่าที่ 2 วางมือไว้ข้างลำตัว แล้วกางแขนออกจนหลังมือทั้ง 2 ข้างสัมผัสกันเหนือศีรษะ จังหวะนี้หายใจเข้า เมื่อลดแขนลงมาและผ่านระดับเอวก็ย่อเข่า จังหวะนี้เป็นช่วงหายใจออก ในการฝึกจริงๆ แล้วผู้ฝึกจะทำท่าที่ 1 จนพอ อาจเป็น 5 นาที แล้วไปยังท่าที่ 2 อีก 5 นาทีก่อน จึงไปทำท่าที่ 3 ทั้งนี้เพื่อสร้างสมาธิและลดช่วงเวลาการเปลี่ยนท่าให้น้อยที่สุด

หากการฝึกเป็นไปอย่างถูกต้อง ผลที่ได้หลังการฝึกแต่ละครั้งควรมีให้เห็นโดยเฉพาะการหายใจที่โล่งสบาย ฝ่ามือทั้ง 2 ข้างรู้สึกร้อนหรือซ่า ๆ เหมือนมีไฟฟ้าสถิตเกิดขึ้น อาจมีเหงื่อออกมาในช่วงแรก ๆ ของการฝึก ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี

ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา ท่าที่ 4 นั้นคล้ายกับท่าที่ 1 แต่จะต่างกันบ้างตรงที่มีการวาดฝ่ามือออกไปกว้างกว่า เสมือนกับเป็นการช้อนเอาพลังจากพื้นดิน และธรรมชาติเข้ามาไว้ในตัวเราในจังหวะหายใจเข้า เมื่อฝ่ามือเลื่อนขึ้นจนถึงระดับคาง ก็คว่ำมือแล้วลดมือลง ฝ่ามือผ่านเอวก็ย่อเข่า เหมือนกับท่าที่แล้วมา



จิตใจที่แตกต่าง : ตลอด 3 ท่าแรกจะเน้นการวางจิตใจไว้ที่ฝ่ามือเพียงอย่างเดียว แต่พอมาถึงท่าที่ 4 แล้ว จิตใจจะต้องแบ่งไว้ที่เท้าด้วยครึ่งหนึ่ง โดยการจินตภาพ (Visualization) ถึงรากแก้วที่ต่อลงไปจากเท้าลึกลงไปในพื้นที่ดินประมาณ 1 – 2 เมตร การหายใจเข้าจึงเป็นตัวแทนของการดึงพลังจากเท้าขึ้นมาสะสมในลำตัวใน การฝึกมือจะเป็นตัวแทนของพลังที่จากอากาศ และแสงอาทิตย์ ที่ได้จากฝ่าเท้าเป็นตัวแทนของที่จากพื้นดิน ซึ่งจะสร้างสมดุลของพลังในร่างกายนั่นเอง

การเก็บพลัง ทุกครั้งหลังการฝึกเสร็จสิ้นต้องเก็บพลังทันที เพื่อไม่ให้พลังสูญหายไป วิธีเก็บมีหลายวิธี แต่วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การเอาฝ่ามือทั้ง 2 ข้างซ้อนกันวางปิดบนท้องน้อย แล้วใช้จิตใจโน้มนำขึ้นบนฝ่ามือไปยังช่องท้อง ซึ่งจะรู้สึกได้ถึงความร้อนและประจุไฟฟ้าที่ไหลเข้าไป ผู้ชายให้เอาฝ่ามือขวาทับฝ่ามือซ้าย ผู้หญิงเอาฝ่ามือซ้ายทับมือขวาวางนิ่งด้วยในสงบสักครู่ หลังการฝึกควรเดินเล่นไปมา ขยับตัว ขาและแขน สักครู่แล้วจึงไปประกอบกิจกรรมอื่น ๆ ตามปกติ

## 6. โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการฝึกบริหารกาย – จิตด้วยซีก

สำหรับในผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองการบริหารกาย-จิตด้วยซีกนั้นมีประโยชน์แก่ผู้ดูแลในส่วนจากระบบกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ทำให้เกิดการผ่อนคลาย และพัฒนาจิตไปพร้อม ๆ กัน กล่าวคือการบริหารด้วยซีกเป็นการประสานระหว่าง การเคลื่อนไหว การบริหารการหายใจ และการพัฒนาจิตไปพร้อม ๆ กับการผ่อนคลาย ในส่วนของการเคลื่อนไหวของซีกนั้นถือว่าเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคประเภทปานกลาง โดยเป็นการเคลื่อนไหวแขน และขาไปพร้อมกัน โดยเน้นที่การเคลื่อนไหวของแขน ดังนั้นการออกกำลังกายที่เน้นการเคลื่อนไหวของแขนด้วยซีกจะช่วยให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ การหายใจเข้าโดยมีการขยายของท้อง จะช่วยให้ปอดขยายออกในทุกด้าน และการหายใจเข้าและลึก ช่วยเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ ในช่วงหายใจออกนั้น กล้ามเนื้อหน้าท้องจะดันกระบังลมให้เป็นส่วนโค้งมากขึ้น ทั้งนี้ทำให้เพิ่มแรงอย่างมีประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อกระบังลม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการเหนื่อยล้า นั้นไม่ได้มีสาเหตุ จากทางด้านร่างกายอย่างเดียว แต่อาการเหนื่อยล้า นั้นยังมีสาเหตุมาจากด้านจิตใจ จากที่ได้กล่าวไปข้างต้น เพราะฉะนั้นการบริหารด้วยซีกที่เน้นการพัฒนาจิต โดยการฝึกสมาธิให้จดจ่อกับการเคลื่อนไหว และการบริหารการหายใจก่อให้เกิดการผ่อนคลาย โดยการหายใจโดยใช้กระบังลมที่จะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย เช่นเดียวกับการให้การบำบัดทางด้านจิตใจ เช่น การจัดการกับความเครียด และเทคนิคการผ่อนคลาย จากผลของซีกที่มีการพัฒนาจิต และทำให้จิตใจเข้มแข็งนั้น ย่อมส่งผลถึงร่างกายที่เข้มแข็งเช่นกัน เนื่องมาจากแนวคิดที่ว่ากาย และจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยของกายย่อมมีผลต่อจิตใจ ทำนองเดียวกันเมื่อมีสิ่งมากระทบจิตก็ย่อมที่จะมีผลกระทบต่อกายด้วยเช่นกัน

ดังนั้นการบริการด้วยซึ่งกึ่งเป็นการเพิ่มทั้งความแข็งแรงทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ และคาดว่า การบริการด้วยซึ่งกึ่งมีความเหมาะสม และมีประโยชน์สำหรับ ช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกึ่งได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยโปรแกรมนี้อิงพัฒนาขึ้น จากแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน โดยเลือกใช้การบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกึ่งในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในการวิจัยนี้มีรายละเอียดดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย

จากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการนั้น ๆ โดยผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเอง ถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายจะประเมินความหมายของอาการ และมีการตอบสนองของความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล ในขณะที่นั้นหลังจากนั้นบุคคลจะประเมินความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พฤติกรรม ซึ่งการที่ผู้ป่วยเข้าใจในสิ่งเหล่านี้จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยขั้นตอนนี้จะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวผู้ดูแลเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้การบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกึ่งร่วมด้วย เนื่องจากการให้ความรู้ควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการโดยที่ผู้วิจัยได้ถาม และรับฟังทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวผู้วิจัยมากขึ้นช่วยในการสอนหรือการให้ความรู้มีประสิทธิภาพขึ้น

#### ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการกับอาการ

##### 2.2 การให้ความรู้

ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุ และตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้า ตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของ สาเหตุ อาการ ผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้วิธีการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกึ่ง โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซัก

ถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับให้คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อย ล้ากลับไปอ่านบททวนที่บ้าน ซึ่งวิธีการดังกล่าว จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจ และการรับรู้ สาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งมีทักษะที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแล ตนเอง เพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเกิดความเข้าใจที่ ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บุคคลเป็นอยู่ หรือที่จะปฏิบัติในอนาคตให้เป็นไปใน แนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม (จรัสศรี อินทรสมหวัง, 2543: 29) แต่ในขณะเดียวกันหากผู้ดูแลมี การรับรู้อาการที่ไม่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดการตระหนักรู้ และไม่มี ความหวังว่าอาการที่เกิดขึ้นจะถูกควบคุมให้ลดลงได้ ทำให้ผู้ดูแลหมดกำลังใจ มีความเครียดเพิ่มขึ้นส่งผลให้อาการมีความ รุนแรงมากขึ้น (Miller, 1992: 57 cited in สุวีพร ธนศิลป์, 2546: 6)

### 2.3 การดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy)

หมายถึงการผสมผสานระหว่างการแพทย์ทางเลือก กับการรักษาด้วยการแพทย์แผน ปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรักษาร่วมกันไม่ใช้การรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเพียงวิธีเดียว และยังคงไปถึงการ ดูแลรักษาสุขภาพที่ได้รับจากผู้อื่นอีกด้วย (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐวงศ์, 2546: 43) จุดมุ่งหมายของ การดูแลแบบผสมผสาน คือเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และการฟื้นฟูของโรค เป็นไปอย่างรวดเร็วตลอดจนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ช่วยป้องกันโรคที่จะเกิด ตามมา

เพราะฉะนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะใช้การออกกำลังกายด้วยซิงก (Qigong) มาเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง เนื่องจากว่า การบริหารด้วยซิงกเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคประเภทปานกลาง ที่เน้นการเคลื่อนไหวของแขนรวมกับการหายใจแบบใช้กระบังลม และที่สำคัญการบริหารด้วยซิงก ยังเน้นให้มีการพัฒนาจิตไปในตัว ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าการบริหารด้วยซิงกจะสามารถลดสาเหตุของ ความเหนื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

#### ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ (outcomes) ก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป และสำหรับในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำ ความรู้ในเรื่องการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าไปใช้ว่าได้ผลเป็นอย่างไร มีปัญหา หรืออุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ระหว่างผู้วิจัยและ ผู้ดูแล และร่วมกันประเมินผลจากการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบริหารกาย – จิตด้วยชีกงในผู้ป่วย

ชัชวีย์ เปี่ยมสุข (2537) ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกกายบริหารลมปราณต่อคุณภาพชีวิต ความทนในการออกกำลังกาย และ สมรรถภาพปอด ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 20 คน โดยให้ผู้ป่วย ฝึกกายบริหารลมปราณ 5 ท่า โดยการหายใจและเคลื่อนไหวแขนขาตามเสียงดนตรี ใช้เวลาฝึกครั้งละ 20 นาที วันเว้นวัน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเดินบนพื้นราบในระยะเวลา 6 นาที ได้ระยะทางเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าสมรรถภาพปอดไม่เปลี่ยนแปลง

อมรรัตน์ ภิราษร (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการบริหารผ่อนคลายด้วยชีกงต่อความเครียดและความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย ผลการวิจัยพบว่าภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรม พบว่าระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับที่ลดลงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic มีระดับน้อยกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อัญรช นิตุธร (2543) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบริหารผ่อนคลายด้วยชีกงกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด ผลการทดลองพบว่า ความเครียดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะ เนื่องจากความเครียดที่ได้รับการบริหารผ่อนคลายด้วยชีกงกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ progressive ในระยะหลังทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และความเครียดของผู้ป่วยปวดศีรษะ เนื่องจากความเครียดที่ได้รับการบริหารผ่อนคลายด้วยชีกงในระยะหลังทดลองต่ำกว่าในระยะก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

Tang (1994) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงประสิทธิภาพของชีกงในการรักษาโดยการเก็บรวบรวมรายงานการรักษาระหว่างประเทศออสเตรเลีย และจีน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991 เพื่อให้เห็นถึงการใช้ชีกงในการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาโรค สัมภาษณ์ 3 สถาบันการศึกษาที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องเกี่ยวกับชีกง สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ระดับบริหารกระทรวงสาธารณสุขและสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลการศึกษาพบว่า ถึงแม้ว่าชีกงจะมีประสิทธิภาพในการจัดการกับความเจ็บป่วยแต่ยังไม่มียูรูปแบบหรือเป็นที่รู้จักมากเหมือนแพทย์แผนจีนชนิดอื่น เช่น สมุนไพร การฝังเข็ม

อุไรวรรณ โพร้งพนม (2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการรำมวยจีนชีกงต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มละ 15 ราย ผลการทดลองพบว่า ระดับน้ำ



ตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานหลังออกกำลังกายด้วยวิธีรำมวยจีนซึ่งมีค่าลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมการรำมวยจีนซึ่งกึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีค่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยะกานต์ บุญเรือง (2549) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกึ่งร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย ผลการทดลอง พบว่า ระดับอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และระดับอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

งานวิจัยเกี่ยวกับชี่กงในต่างประเทศ ศึกษาผลของการฝึกชี่กงพบว่า มีอัตราการเต้นของหัวใจลดลง การหายใจช้าลง การใช้ออกซิเจนและการเผาผลาญพลังงานในร่างกายน้อยลง มีการลดลงของ dopamine B-hydroxylase และเพิ่มอุณหภูมิของผิวหนัง (Guo, 1995, 41 ; Koh, 1982 : Eisenberg, 1985 ; Tang et al., 1989 cited in Tang. 1994, 237) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xu (1994) ที่พบว่า การฝึกปฏิบัติชี่กงมีผลต่อร่างกายและจิตใจคือ มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) การเปลี่ยนแปลงการทำงานของกล้ามเนื้อลาย (EMG) การเคลื่อนไหวทางระบบหายใจ อัตราการหายใจ ความต่างศักย์ไฟฟ้าที่ผิวหนัง อุณหภูมิของผิวหนังและปลายนิ้ว หน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติกหน้าที่ของกระเพาะอาหารและลำไส้ การเผาผลาญพลังงาน การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย

การฝึกชี่กงมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายซึ่ง Esterline และคณะ (1992 cited in Ryu และคณะ, 1996; 193) ได้รายงานว่ สรีระภาพของระบบจิตประสาทที่สมดุลเกิดจากการออกกำลังกายและอาจมีส่วนเกี่ยวข้องในการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยผ่านทางต่อมไฮโปธาลามัส พิทูอิทารี และแอดรีนัล รวมทั้งฮอร์โมนทางระบบประสาท

Hu (1991 cited in Tang, 1994) ได้รายงานถึงผลของการใช้ชี่กงรักษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 100 คน พบว่าผู้ฝึกชี่กงมีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวมากขึ้น ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิมร้อยละ 20

ในช่วงที่ฝึกชี่กงจิตใจจะสงบมีสมาธิ นั้น ทำให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนเอนโดर्फิน (Endorphin) ออกมามากขึ้น ซึ่งสารนี้จัดอยู่ในกลุ่มของ Neuropeptide มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟินที่มีอยู่ในร่างกาย สารเอนโดर्फินมีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) และฮอร์โมน Ryu และคณะ (1996) ได้ศึกษาผลของชี่กงต่อระดับฮอร์โมนในกลุ่มนิวโรเปปไทด์ เช่น เบต้า-เอนโดर्फิน แอดรีโนคอร์ติโคโทรปิกฮอร์โมน (ACTH) คอร์ติซอล และดีไฮโดรเอพิอินโดรส



เดอโรน-ซัลเฟต (DHEA-S) ในกลุ่มที่ฝึกซึ่งพบว่า ระดับฮอร์โมนเบต้า-เอนโดรฟินเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ระดับของ ACYH คอर्टิโซน และ DDHEA-A ไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสรุป ได้ว่าการฝึกปฏิบัติซึ่งกันเป็นวิธีการขจัดความเครียดอย่างหนึ่ง และมีผลต่อการควบคุมฮอร์โมนใน ร่างกายด้วย นอกจากนี้ Tang และคณะ (1994) พบว่า ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีการนอนหลับที่ดีได้

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการจัดการกับอาการที่ใช้ในผู้ป่วย

สุรีพร ธนศิลป์ (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่ออาการและ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสติสคารินิไอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบ จากเชื้อนิวโมซิสติสคารินิไอ จำนวน 40 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยโปรแกรมการจัดการกับอาการประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินปัญหาและ ความต้องการ 2) การเตรียมการจัดการกับอาการ 3) การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการและ 4) การประเมินผลการจัดการกับอาการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลัง เข้าโครงการต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการและมีคะแนนของคุณภาพชีวิต ภายหลังเข้าโครงการสูงกว่า ก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนของอาการภายหลัง เข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนของคุณภาพชีวิต ภายหลังเข้าโครงการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ไพวัลย์ โคตรตะ (2547) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อ อาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ พระภิกษุโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังวัยผู้ใหญ่อายุ 35 – 50 ปี ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลสงฆ์ มี คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ซึ่งโปรแกรมการจัดการกับอาการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การประเมินประสพการณ์ เกี่ยวกับอาการหายใจลำบาก 2) การให้ความรู้ในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 3) การ พัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก 4) ผู้ป่วยปฏิบัติการในการจัดการกับอาการ หายใจลำบากด้วยตนเองที่วัด และ 5) การประเมินในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ผล การศึกษาพบว่าอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการ ด้วยตนเองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการหายใจ ลำบากภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

สายไหม ตุ่มวิจิตร (2547) ทำการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการ กับอาการร่วมกับการานวดด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังการ ผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่ม

ทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังที่เข้าร่วมการทดลองของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อาลี แซ่เจียว (2547) ศึกษาผลของการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบต่อความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย เมื่อครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอดแล้วทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและการจัดการกับอาการมี 3 ขั้นตอนดังนี้ คือ การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของมารดาหลังคลอด 2 การจัดการกับอาการโดยใช้กระบวนการพยาบาลและการนวดประคบ 3 การประเมินผล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ครบระยะเวลาการทดลอง 8 ชั่วโมง ผู้วิจัยประเมินความเหนื่อยล้าครั้งที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า 1 คะแนน ความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอดภายหลังการได้รับการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบน้อยกว่าก่อนได้รับจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอดที่ได้รับการจัดการกับอาการน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

#### **งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการจัดการกับอาการร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิต ด้วยชีกง**

วัชรวรรณ จันทอินทร์ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ให้เคมีบำบัด โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยป่วยมะเร็งเต้านมที่ให้เคมีบำบัด จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย ผลการทดลองพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดหลังสิ้นสุดการทดลองทันที กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง จะมีความเหนื่อยล้าแตกต่างกับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

### โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงแบบรายบุคคลประกอบด้วย

1. การประเมินประสบการณ์การมีอาการ (15 นาที) โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยประเมินจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และการตอบสนองต่ออาการทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคัม พฤติกรรม และการจัดการกับอาการ ประสิทธิภาพการจัดการกับอาการ

### 2. กลวิธีการจัดการกับอาการ

#### 2.1 ให้ความรู้ (30 นาที)

ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการเกิดความเหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจเมื่อเกิดอาการเหนื่อยล้า สาเหตุของความเหนื่อยล้า การปฏิบัติตัวเพื่อลดความเหนื่อยล้า ความรู้พื้นฐาน และประโยชน์ของการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง

#### 2.2 ฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง (60 นาที) ประกอบด้วย

2.2.1 การเตรียมตัวก่อนทำการฝึกบริหารชีกง

2.2.2 การบริหารกาย-จิตด้วยชีกง 4 ท่า

2.2.3 การเก็บพลัง

การฝึกเริ่มด้วยการ สาธิตทำโดยผู้วิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกชี่กงไปพร้อม ๆ กับผู้วิจัยที่ละท่าจนชำนาญ

2.3 ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติชี่กงที่บ้านด้วยตนเอง โดยปฏิบัติอย่างน้อย 3 ครั้ง / ต่อสัปดาห์ และ 15 นาที / ครั้ง

3. ประเมินผล (30 นาที) ทำการติดตามกลุ่มตัวอย่างในการฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง และการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเหนื่อยล้า พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม และสภาพความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่าง

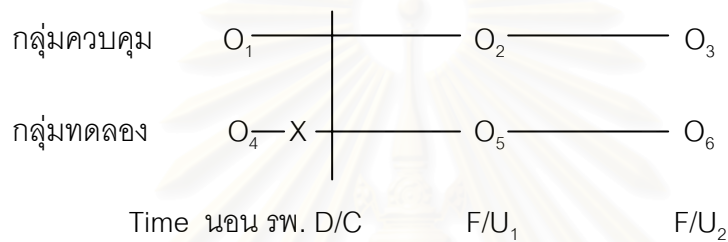
### ความเหนื่อยล้า

1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า
2. ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า
3. ด้านร่างกายและจิตใจ
4. ด้านสติปัญญาและอารมณ์

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control group design) (Polit และ Hungler, 1999) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยชีกงต่อความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรูปแบบการทดลอง



O<sub>1</sub> หมายถึง ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ขณะอยู่  
โรงพยาบาล

O<sub>2</sub> หมายถึง ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 4 สัปดาห์

O<sub>3</sub> หมายถึง ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 8 สัปดาห์

O<sub>4</sub> หมายถึง ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ขณะอยู่โรงพยาบาล

O<sub>5</sub> หมายถึง ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง 4 สัปดาห์

O<sub>6</sub> หมายถึง ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง 8 สัปดาห์

X หมายถึง โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงขณะอยู่  
โรงพยาบาล

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ในการศึกษาครั้งนี้คือ บิดา มารดา คู่สมรสหรือบุตรที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมอง

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บิดา มารดา คู่สมรสหรือบุตร ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 40 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและญาติดังนี้

#### **คุณสมบัติของผู้ป่วย**

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ด้วยสาเหตุของความต้องการการดูแลทางร่างกาย อันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
3. มีระดับความพึ่งพาของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยใช้แบบประเมินระดับความพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### **คุณสมบัติของของผู้ดูแล**

1. อายุ 20- 59 ปี
2. เป็นบิดา มารดา คู่สมรสหรือบุตร
3. เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นหลักตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. มีระดับคะแนนความเหนื่อยล้าตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป โดยใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าของ Piper และคณะ (1998)
5. เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
6. ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
7. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### **ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยคิดจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งในการคำนวณหาขนาดอิทธิพลนั้นได้มาจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง เมื่อคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้แล้วจึงนำไปแทนค่าใน Statistical Power Tables เพื่อได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Burn และ Grove, 2005) ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1 เรื่อง คือ ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง ของ วัชรวรรณ จันทร์อินทร์ (2548) และผลของโปรแกรมการฝึกบริหารด้วยชี่กงร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของ ปียกานต์ บุญเรือง (2548) ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .56 และ .80 ตามลำดับ เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้นิขนาดอิทธิพล .56 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลางเพื่อ



คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่พอที่จะลดความคลาดเคลื่อนให้มากที่สุด โดยกำหนดค่า alpha เท่ากับ .05 power เท่ากับ .80 พบว่า ควรจะใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 คน แต่เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยการจับคู่ โดยให้ความคล้ายคลึงกันของผู้ดูแลในเรื่องของคะแนนของความเหนื่อยล้า โดยต้องมีคะแนนของความเหนื่อยล้าที่ต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน และมีความคล้ายคลึงกันของผู้ป่วยในเรื่องของระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยต้องมีระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับเดียวกัน โดยใช้แบบประเมินระดับความพึ่งพา หลังจากนั้นทำการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย ก่อนจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนของความเหนื่อยล้าแตกต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน และมีความคล้ายคลึงกันของผู้ป่วยในเรื่องของระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยต้องมีระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับเดียวกันทั้ง 20 คู่ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก จ )

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินระดับความต้องการการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างโดย ภัฏญารัตน์ ฝั่งบรรหาร (2539) ซึ่งใช้แนวคิดการพยากรณ์ผลกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett และ Bond (1975) ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านที่ 1 ระดับความรู้สึกตัว ด้านที่ 2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านที่ 3 การเข้าสังคม ด้านที่ 4 การกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1 ถึง 4 คะแนน ส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีเกณฑ์การให้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน รวมคะแนนที่ได้ทั้ง 4 ข้อได้เป็นคะแนนรวมความต้องการการพึ่งพา

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลผลคะแนนจากคะแนนรวมความต้องการการพึ่งพา โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับความความต้องการการดูแล
15 คะแนน	ไม่มีความความต้องการการดูแล
13-14 คะแนน	มีความความต้องการการดูแลเล็กน้อย
6-12 คะแนน	มีความความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง
4-5 คะแนน	มีความความต้องการการดูแลในระดับรุนแรง

แบบประเมินระดับความความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมด้วยตนเองจากการสังเกต

ความต้องการการดูแลแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ไม่มีความต้องการการดูแล หมายถึง ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง และไม่มี ความพึ่งพาหลงเหลืออยู่

2. มีความต้องการการดูแลเล็กน้อย (Mild disability) หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ถึงแม้จะพบว่ามีความพึ่งพาหลงเหลืออยู่ แต่ก็พบว่ามีน้อยมาก ซึ่งสามารถกลับไปทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้

3. มีความต้องการการดูแลในระดับปานกลาง (Moderate disability) หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจรู้สึกตัวดีหรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสับสน ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคล สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน แต่ยังคงพึ่งพาผู้อื่นในด้านการเงินและการเข้าสังคมอยู่บ้าง เนื่องจากยังคงมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น สติปัญญาและความจำเสื่อม มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องของประสาทสั่งการหรือมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือเข้าสังคมได้ดังเดิม

4. มีความต้องการการดูแลในระดับรุนแรง (Severe disability) หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะไม่รู้สึกรู้ตัว โดยอาจมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นก็ได้ และต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงินและการเข้าสังคม เนื่องจากมีความพึ่งพาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษา ความสัมพันธ์ โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2.2 แบบวัดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล เป็นแบบวัด Piper Fatigue Mode (Piper และคณะ 1998) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งการประเมินความเหนื่อยล้าเป็น 4 ด้านคือ

1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7 - 11 3) ด้านร่างกายและจิตใจจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 12-16 4) ด้านสติปัญญา/อารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 17-22 โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric scale) โดยจะมีข้อความกำกับด้วยข้อความที่สื่อถึงสิ่งที่ต้องการประเมินโดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่เลย” และ

ด้านवासुทหมายถึง “มากที่สุด” การประเมินระดับความเหนื่อยล้ามีคะแนนตั้งแต่ 0-220 คะแนน หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำคะแนนรวมที่ได้มาหารด้วยจำนวนข้อ คำถามทั้งหมด 22 ข้อ จะได้เป็นคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้า โดยคะแนนมากหมายความว่ามีความเหนื่อยล้ามากคะแนนน้อยหมายความว่ามีความเหนื่อยล้าน้อย

Piper แบ่งความเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ระดับ (Piper, 2002) ดังนี้คือ

ช่วงคะแนน	ระดับความความเหนื่อยล้า
0 คะแนน	ไม่มีความเหนื่อยล้ามี
0.01 – 3.99 คะแนน	ความเหนื่อยล้าเล็กน้อย
4.00 – 6.99 คะแนน	ความเหนื่อยล้าปานกลาง
7.00 – 10.00 คะแนน	ความเหนื่อยล้ามาก

การศึกษานี้ใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยเพียงใจ ดาโลปการ (2545)

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก คือโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ของ นายแพทย์เทิดศักดิ์ เดชคง (2545) โปรแกรมนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ขั้นตอนในการสร้างโปรแกรมมีดังนี้ คือ

3.1 ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบจำลองการจัดการกับอาการ การให้ความรู้ การดูแลแบบผสมผสาน การฝึกซิงกจากสถานที่ต่าง ๆ

3.2 สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยซิงก โดยโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยซิงก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินประสบการณ์การมีอาการ

ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการกับอาการ

2.1 การให้ความรู้

2.2 การบริหารกาย - จิต ด้วยซิงก

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

3.3 สร้างสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ได้แก่ แผนการสอนเรื่อง ความเหนื่อยล้า

และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสื่อที่ผู้วิจัยจัด ทำขึ้นเพื่อใช้ในโปรแกรม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.1 แผนการสอนเรื่องความเหนื่อยล้า การจัดการกับความเหนื่อยล้า และการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม ในเรื่องของความหมายของความเหนื่อยล้า สาเหตุของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อป้องกัน และบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกายจิตด้วยซิงก

3.3.2 คู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยซิงก สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยมีเนื้อหาสาระสอดคล้องกับแผนการสอนข้างต้น ในเรื่องความหมายความเหนื่อยล้า สาเหตุของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อป้องกัน และบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกายจิตด้วยซิงก ซึ่งผู้ดูแลจะได้รับคู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยซิงกทุกคน

3.4.2 วิดีทัศน์ การฝึกบริหารซิงกแบบง่าย 4 ท่า โดยนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) จิตแพทย์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาต ให้นำมาเผยแพร่ในการทำวิจัยได้ ซึ่งผู้ดูแลจะได้รับวีดิทัศน์การฝึกบริหารซิงกแบบง่าย 4 ท่าด้วยซิงกทุกคน

#### 4. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้เรื่องการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าและการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกและแบบบันทึกการบริหารกายจิตด้วยซิงก ให้ผู้ป่วยบันทึกจำนวนครั้งในการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก

4.1 แบบประเมินความรู้เรื่อง การจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ถูก ผิด ข้อที่ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่าร้อยละ 80 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก แต่ถ้าพบว่าภายหลังการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะสอบถามและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นซ้ำอีกครั้ง

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มทดลองทั้ง 20 ราย ตอบแบบทดสอบความรู้ได้คะแนนสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้มากกว่าร้อยละ 80 ทุกราย โดยในจำนวนนี้มีผู้ที่ผ่านการทดสอบความรู้ด้วยคะแนนร้อยละ 100 จำนวน 16 ราย ร้อยละ 95 จำนวน 4 ราย

4.2 แบบบันทึกการบริหารกายจิตด้วยซึ้ง ที่ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของคู่มือ เพื่อติดตามการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำมาวิเคราะห์ว่ากลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติซึ้งครบตามที่กำหนด คือ อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เนื่องจากเป็นระยะเวลาการฝึกซึ้งที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผลที่วิเคราะห์ได้จะนำไปเป็นส่วนของการอภิปรายผลการทดลอง โดยในจำนวนนี้มีผู้ปฏิบัติซึ้งครบตามที่กำหนดคืออย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ทั้งหมด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบไปด้วย (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก)

1. จิตแพทย์กรมสุขภาพจิตผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับ แนวคิดการบริหารกายจิตด้วยซึ้งจำนวน 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้เกี่ยวกับในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดในด้านการดูแลแบบผสมผสาน จำนวน 1 ท่าน
4. พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงทางการพยาบาลผู้ใหญ่และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ท่าน

#### 1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

- 1.1 แบบประเมินระดับความพึงพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  - 1.1.1 การหาความตรงตามเนื้อหา แบบประเมินระดับความพึงพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและนำมาคำนวณได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ 1.00
  - 1.1.2 การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปหาความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

#### 2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

##### 2.1 แบบประเมินความเหนื่อยล้า



2.1.1 การหาความตรงตามเนื้อหา สำหรับแบบประเมินความเหนื่อยล้าที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในครั้งนี้เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper และคณะ (1998) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย เพียงใจ ดาโลบการ (2545) ผู้วิจัยได้ดัดแปลงบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา

**ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา** สรุปผลได้ดังนี้ คือ

1. คำถามข้อ 4 อาจไม่เหมาะสมในบริบทคนไทย และผู้มีสถานะภาพโสด

2. คำถามด้านที่ 2 (คำถามข้อที่ 7-10) คือ ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า อาจทำให้ผู้ดูแลสับสนระหว่างความหมายของความเหนื่อยล้าจากการให้การดูแลกับความหมายของความเหนื่อยล้าจากบทบาทผู้ดูแล

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไข ความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความเหนื่อยล้า ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้งและนำมาคำนวณได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ .86

2.1.2 การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบประเมินชุดนี้ไปหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90

### 3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองกระทำโดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยชีกงเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แผนการสอน และคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยชีกงในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อช่วยตรวจเนื้อหาและภาษาที่ใช้ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลาของแต่ละกิจกรรม และความสอดคล้อง ความเหมาะสมระหว่างสื่อที่ใช้กับเนื้อหา

**ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา** สามารถสรุปผลได้ดังนี้ คือ

1. ให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ทั้งในแผนการสอนและในคู่มือให้ง่ายต่อการเข้าใจ แก้ไขเนื้อหาโดยลดเนื้อหาบางส่วนที่ซ้ำซ้อนออก คู่มือให้เน้นรูปภาพ ให้ดูเข้าใจง่ายขึ้น

## 2. ปรับขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรมของโปรแกรมบางส่วน โดย

2.1 การดำเนินกิจกรรมขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ไม่ควรเกิน 30 นาทีจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเบื่อหน่าย

2.2 การติดตามกลุ่มตัวอย่าง ควรเพิ่มการติดตามในขณะที่ดำเนินการทดลอง โดยการโทรศัพท์เยี่ยม เพื่อสอบถามปัญหาที่เกิดจากการจัดการกับอาการ รวมถึงเพื่อสอบถามปัญหาที่เกิดจากการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง และความสม่ำเสมอในการฝึกปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

**การศึกษานำร่อง** ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ระยะเวลา และ ความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

## 4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง

4.1 แบบประเมินความรู้เรื่อง การจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา

**ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา** สามารถสรุปผลได้ดังนี้ คือ

1. ให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้ง่ายต่อการเข้าใจ แก้ไขเนื้อหาโดยลดเนื้อหาบางส่วนที่ซ้ำซ้อน ออก และปรับข้อความให้ครอบคลุมมากขึ้น

4.2 แบบบันทึกการบริหารกายจิตด้วยซึ้งนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความตรง ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา

**ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา** สามารถสรุปผลได้ดังนี้ คือ

1. ให้ปรับปรุงวิธีการบันทึกที่ใช้ให้ง่ายต่อการเข้าใจ หรือมีคำอธิบายกำกับกับกรบันทึก

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

## การดำเนินการทดลอง

เริ่มตั้งแต่วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2549 ถึง 28 มีนาคม พ.ศ. 2550 โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม และห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองด้วยตนเอง โดยดำเนินการทดลองเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง และขั้นตอนการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความเหนื่อยล้า โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเอง ให้เป็นผู้มีความรู้ และความชำนาญในการฝึกทักษะการบริหารด้วยซีกง โดยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในการปฏิบัติซีกง โดยการทำการทบทวนเอกสารงาน วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกการบริหารด้วยซีกง เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และเหมาะสมและเตรียมความพร้อมเพื่อที่จะนำซีกงไปฝึกให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเข้าร่วมการฝึกซีกงกับ นายแพทย์ เทิดศักดิ์ เดชคง (2545) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการบริหารด้วยซีกง ที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

1.2 ผู้วิจัยเรียนการฝึกซีกงกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เพื่อคัดเลือกท่าที่ใช้ในการฝึกให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการทดลองโดยได้เลือกใช้การบริหารกาย-จิตด้วยซีกงของ นายแพทย์เทิดศักดิ์ เดชคง (2545) เพราะเป็นท่าที่ฝึกได้ง่าย จำนวนท่าที่ใช้ฝึกมีเพียง 4 ท่าเหมาะสมกับผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นการฝึกร่างกายด้วยการบริหารทั้งกาย-จิต เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ภายหลังผู้ดูแลรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.3 ผู้วิจัยเข้ารับการฝึกอบรมซีกง จากโครงการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.4 ผู้วิจัยฝึกซีกงด้วยตนเองจนเกิดความชำนาญก่อนดำเนินการทดลอง

### ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยไปที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วย โดยต้องเป็นผู้ป่วยที่มีระดับความพึงพาในระดับปานกลางหรือรุนแรง และอยู่ในขั้นตอนการวางแผนการจำหน่าย (7 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) โดยผู้วิจัยขอพบผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแลหลัก และเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีคุณสมบัติตาม

เกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างวันเว้นวันทั้งหมด 5 ครั้งจนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุม โดยดำเนินการดังนี้

### **กลุ่มควบคุม**

#### **พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1**

ดำเนินการดังนี้ เชิญกลุ่มควบคุมนั่งในสถานที่ที่จัดไว้ทำการสร้างสัมพันธภาพ และแนะนำตัวผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มควบคุมยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มควบคุมโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความเหนื่อยล้าประเมินความเหนื่อยล้า (Pre-test) ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ซึ่งประกอบด้วยความรู้เรื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบรายบุคคล โดยใช้แผ่นพับและวิธีการสอนสาธิต

#### **พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2**

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมเมื่อพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษา และประเมินความเหนื่อยล้า (Post-test) หลังได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในสัปดาห์ที่ 4

#### **พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3**

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมเมื่อพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษา และประเมินความเหนื่อยล้า (Post-test) หลังได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในสัปดาห์ที่ 8

ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยได้แนะนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซี่กง พร้อมทั้งแจกคู่มือการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยซี่กงและวีดิทัศน์การฝึกบริหาร กาย – จิต ด้วยซี่กง 4 ท่าแก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมทุกราย

### **กลุ่มทดลอง**

ผู้วิจัยเลือกผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะทางด้านเพศ อายุ การศึกษา และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เหมือนหรือใกล้เคียงกับกลุ่มทดลอง และดำเนินการดังนี้

#### **พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วย (ที่หอบผู้ป่วย 30 นาที)**

เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบประเมินความเหนื่อยล้าเพื่อประเมินความเหนื่อยล้า (Pretest) ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซี่กง และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้า ที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตัวเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำการประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า สาเหตุ และผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้การฝึกการ

บริหารกาย-จิตด้วยซึ้งในการบรรเทาความเหนื่อยล้าจากผู้ดูแลก่อน เนื่องจากบุคคล โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่มักจะเคยผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในบางอย่างมากมาแล้ว ดังนั้น การให้ความรู้จึงควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการ โดยผู้วิจัยจะได้ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ดูแล ก่อนช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนมาสนใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจและนับถือในตัวผู้วิจัยเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้การสอนหรือการให้ความรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### **พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 การให้ความรู้ (ที่หอผู้ป่วย 30 นาที)**

ผู้วิจัยจะปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ และการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของผู้ดูแลในแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับให้คู่มือการจัดการกับอาการ เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกการฝึกบริหารกาย - จิตด้วยซึ้งของผู้ดูแล และวีดิทัศน์การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งให้ผู้ดูแลได้กลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

### **พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 การให้ความรู้ (ที่หอผู้ป่วย 30 นาที)**

ทบทวนการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้า ตามสาเหตุ อาการของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคล ในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ และการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า โดยเพิ่มเติมในส่วนของการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง ภายหลังที่ได้รับความรู้ในเรื่องของการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาหรือมีข้อสงสัยหรือไม่ เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างผู้ดูแล

### **พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 4 ฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง (ที่สวนสุขภาพ 60 นาที)**

สาธิตท่าในการฝึกบริหารด้วยซึ้ง และให้กลุ่มทดลองลงมือปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับผู้วิจัยทีละท่า ทั้งหมด 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 รับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า ท่าที่ 4 ลมปราณชานกาย หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามถึงปัญหาและความรู้สึกของกลุ่มทดลองในการบริหารกาย - จิตด้วยซึ้ง ผู้วิจัยทำการตอบข้อสงสัยของกลุ่มทดลองและช่วยในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยร่วมกันประเมินความยากง่ายของท่าทางในการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง และประเมินความสามารถในการจำท่าทาง และประโยชน์จากการฝึกการบริหารกาย - จิตด้วยซึ้งในแต่ละท่าจากผู้ดูแล



### พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 5 ฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊ง (ที่สวนสุขภาพ 60 นาที)

ประเมินความรู้การบริหารกาย - จิตด้วยซึ๊ง ทบทวนความรู้เรื่องการจัดการกับอาการที่ให้อีกครั้งในครั้งที่แล้ว พร้อมกับฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊ง และให้กลุ่มทดลองลงมือปฏิบัติไปพร้อมกับผู้วิจัยที่ละท่า หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามถึงปัญหาและความรู้สึกของกลุ่มทดลองในการบริหารกาย - จิตด้วยซึ๊ง ผู้วิจัยทำการตอบข้อสงสัยของกลุ่มทดลอง และช่วยในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 15 นาที โดยให้กลุ่มทดลองประเมินการปฏิบัติด้วยตนเองในแบบบันทึกการบริหารกายจิตด้วยซึ๊ง และแนะนำให้นำมาในวันที่นัดพบกับอีก 4 และ 8 สัปดาห์

โดยที่ผู้วิจัยพบผู้ดูแลทั้งหมด 5 ครั้ง ก่อนที่ผู้ดูแลผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มทดลองอีกครั้งเพื่อทำการประเมินผล เมื่อผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาตรวจติดตามการรักษาครั้งต่อไป (4 สัปดาห์) และประเมินผลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 ของโปรแกรม ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดต่อสอบถาม หากมีข้อข้องใจหรือสงสัย โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รายที่โทรติดต่อกลับมาในช่วง สัปดาห์ที่แรก of โปรแกรม และ 2 ราย ที่โทรติดต่อกลับมาในช่วง สัปดาห์ที่ 2 ของโปรแกรม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. หลังจากผ่านการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการติดต่อขอชี้แจง วัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการกับแพทย์ หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลประจำการรับทราบ
3. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและดำเนินการทดลอง เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างจนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จึงให้เซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ประเมินความเหนื่อยล้า ก่อนการทดลองโดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าแบบวัดความเหนื่อยล้าของ Piper Fatigue Mode (Piper และคณะ 1998)
5. ดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊ง

6. ประเมินผลความเหนื่อยล้า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ ความเหนื่อยล้าด้วยแบบประเมินชุดเดิม

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แล้วแนะนำตัว ซึ่แจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้สิทธิในการรักษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์
3. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก ง) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรม ฯ และหลังได้รับโปรแกรม ฯ ด้วยสถิติ Repeated Measures Analysis of Variance ที่ระดับ .05
5. เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent – test ที่ระดับ .05

## สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการ ร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยที่กึ่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่ม ตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยกำหนดให้ มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องคะแนนความเหนื่อยล้าแตกต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน และระดับการ พังพาของผู้ป่วยอยู่ในระดับเดียวกัน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้คือ

- ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา เพศของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>				
20-30	1	5	1	5
31-40	3	15	3	15
41-50	6	30	6	30
51-59	10	50	10	50
	$\bar{X} = 48.5$	SD=9.78	$\bar{X} = 48.8$	SD=8.23
<b>สถานภาพ</b>				
คู่	14	70	16	80
โสด	4	20	3	15
หย่า	2	10	0	0
หม้าย	0	0	1	5
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ประถมศึกษา				
ประถมศึกษา	16	80	16	80
มัธยมศึกษา	2	10	0	0
ปริญญาตรี	2	10	4	20
<b>เพศหญิง</b>	20	100	20	100
<b>ศาสนาพุทธ</b>	20	100	20	100



ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา เพศ ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไป	ทดลอง (n = 20)		ควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>				
รับจ้าง	10	50	8	40
แม่บ้าน	6	30	5	25
ค้าขาย	3	15	5	25
รับราชการ	1	5	2	10
<b>รายได้ (บาท)</b>				
0-10000	15	75	11	55
10000-15000	3	15	9	45
15000-20000	2	10	0	0
<b>สิทธิการรักษา</b>				
30บาท	14	70	16	80
ต้นสังกัด	4	20	2	10
ประกันสังคม	2	10	2	10
<b>ความสัมพันธ์</b>				
สามี-ภรรยา	11	55	13	65
บุตร	6	30	3	15
พี่น้อง	2	10	1	5
หลาน	1	5	3	15

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตาม อายุ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เพศ ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา  
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทั่วไป	ทดลอง (n = 20)		ควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>				
ไม่มีโรค	11	55	10	50
โรคความดันโลหิตสูง	4	20	4	20
โรคหัวใจ	2	10	4	20
โรคเบาหวาน	2	10	2	10
หอบหืด	1	5	0	0

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 20 คน พบว่าครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 51-59 ปี อายุเฉลี่ย 48.65 ปี (SD = 8.92) และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 โดยที่กลุ่มควบคุมมีสถานภาพคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิงและนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด เมื่อพิจารณาระดับการศึกษา พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80 อาชีพทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่คือ อาชีพรับจ้างและแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 27.5 ตามลำดับโดยที่กลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000 บาท สำหรับสิทธิในการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75 มีสิทธิในการรักษา โดยใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว โดยที่ทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย และจำนวนชั่วโมงต่อวันที่ให้การดูแล

ข้อมูลทั่วไป	ทดลอง		ควบคุม	
	(n = 20)		(n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาในการดูแล</b> (ชม. / วัน )				
น้อยกว่า6-8	5	25	8	30
มากกว่า8-10	12	60	9	45
มากกว่า10-12	3	15	5	25
	$\bar{X} = 9.35$	SD=1.50	$\bar{X} = 8.70$	SD=2.41
<b>ระดับความพึ่งพา</b>				
บางส่วน	5	25	5	25
ทั้งหมด	15	75	15	75

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนชั่วโมงที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง มากกว่า 8-10 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 52.5 โดยที่กลุ่มทดลองมีจำนวนชั่วโมงที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง มากกว่า 8-10 ชั่วโมงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 75) มีระดับความพึ่งพาอยู่ในระดับที่ต้องให้การช่วยเหลือทั้งหมด

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อน  
และหลังการทดลอง

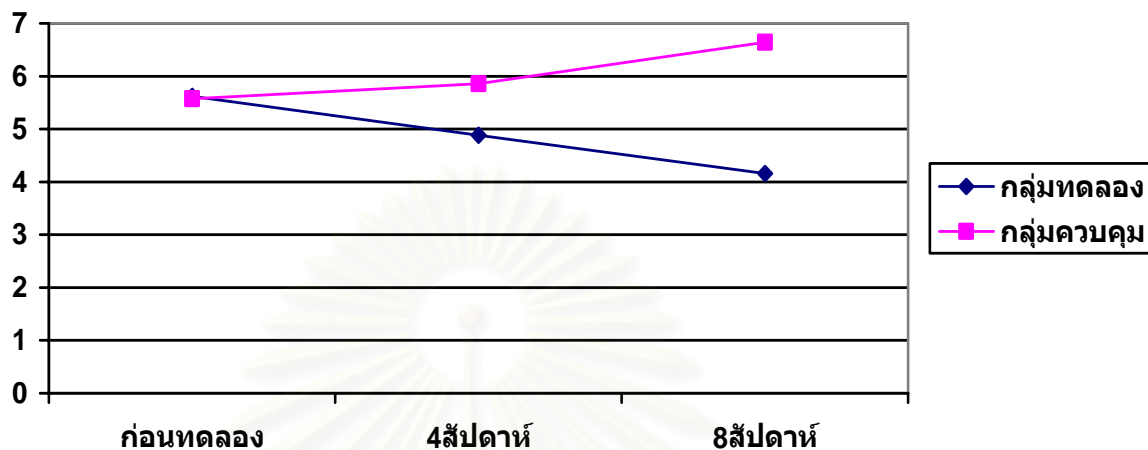
	ก่อนทดลอง		หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์		หลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
	กลุ่มควบคุม	5.57	0.37	5.86	0.68	6.47
กลุ่มทดลอง	5.62	0.60	4.88	0.60	4.16	0.50

ตารางที่ 3 พบว่า ในช่วงเวลาต่างกันคือก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ระดับความเหนื่อยล้าภายในกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (5.57 5.86 และ 6.47 ตามลำดับ) ระดับความเหนื่อยล้าภายในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลง (5.62 4.88 4.16 ตามลำดับ) และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนทดลองใกล้เคียงกัน หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ เริ่มต่างกันมากขึ้น และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ มีความต่างกันมากที่สุด โดยระดับความเหนื่อยล้าทุกค่าอยู่ในระดับเดียวกันคือ ระดับปานกลาง (4-7) แนวโน้มค่าเฉลี่ยดังกล่าวแสดงดังกราฟที่ 3 ต่อไปนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )



ภาพที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้า เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาต่างกัน คือ

คะแนนความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 ประเมินก่อนการทดลอง

คะแนนความเหนื่อยล้าครั้งที่ 2 ประเมินหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์

คะแนนความเหนื่อยล้าครั้งที่ 3 ประเมินหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง  
4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ผู้ดูแล	16.04	19	0.85	
ช่วงเวลา	21.23	2	10.62	151.72**
ผู้ดูแลxช่วงเวลา	2.56	38	0.07	
รวม	39.83	59		

\*\* p<.01

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่า F-test มีค่า 151.72 ซึ่งมากกว่า F (.05) จากตาราง F (2,8) = 3.25 แสดงว่าปฏิเสธสมมติฐานกลางทางสถิติที่กล่าวว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองทั้ง 3 เวลาเท่ากันที่ระดับ .05 จึงจำเป็นต้องทำการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบรายคู่ ด้วยวิธีของ Scheffe'

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบรายค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลอง ด้วยวิธีของ Scheffe'

กลุ่ม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง 4 สัปดาห์	หลังทดลอง 8 สัปดาห์
ก่อนทดลอง	-	.74*	1.46*
หลังทดลอง 4 สัปดาห์		-	.72*
หลังทดลอง 8 สัปดาห์			-

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่า การเปรียบเทียบรายค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และ หลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง ทุกคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 5.62$ ) มากกว่าคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ( $\bar{X} = 4.88$ ) และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ( $\bar{X} = 4.16$ ) และคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ( $\bar{X} = 4.88$ ) มากกว่าหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ( $\bar{X} = 4.16$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยที่ค่า Scheffe' เท่ากับ .229

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุม ในช่วงเวลาก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ผู้ดูแล	5.23	19	0.27	
ช่วงเวลา	8.41	2	4.20	1.56 <sup>NS</sup>
ผู้ดูแลxช่วงเวลา	102.36	38	2.69	
รวม	116	59		

NS = Not Significant

จากตารางที่ 6 พบว่า F-test มีค่า 1.56 ซึ่งน้อยกว่า  $F_{(2, 8)}$  (เท่ากับ 3.25) แสดงว่ายอมรับสมมติฐานกลางทางสถิติที่กล่าวไว้ว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 3 กลุ่มเท่ากันที่ระดับ .05 ดังนั้นค่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความเหนื่อยล้า	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		df	t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ก่อนการทดลอง	5.57	0.6	5.62	0.37	38	0.29 <sup>NS</sup>
หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	5.86	0.68	4.88	0.6	38	4.85**
หลังการทดลอง 8 สัปดาห์	6.47	0.61	4.16	0.5	38	13.15**

NS = Not Significant

\*\* p<.01

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมเท่ากับ 5.57 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 5.62 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 5.86 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.88 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.47 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.16 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายด้าน หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้าน

ความเหนื่อยล้า	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง	5.57	1.01	4.60	0.81	3.34**	38
2. ด้านการให้ความหมาย	5.73	1.15	5.18	0.73	1.82 <sup>ns</sup>	38
3. ด้านร่างกายและจิตใจ	6.07	1.04	5.05	0.69	3.65**	38
4. ด้านสติปัญญาและอารมณ์	6.09	.82	4.78	1.00	4.54**	38
ความเหนื่อยล้าโดยรวม	5.86	0.68	4.88	0.60	4.85**	38

NS = Not Significant

\*\* p<.01

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็นด้าน การให้ความหมาย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายด้าน

ความเหนื่อยล้า	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง	6.05	.77	3.78	.87	8.73**	38
2. ด้านการให้ความหมาย	6.24	1.31	4.49	.98	4.76**	38
3. ด้านร่างกายและจิตใจ	6.95	.99	4.49	.72	8.96**	38
4. ด้านสติปัญญาและอารมณ์	6.67	.90	3.99	.80	9.91**	38
ความเหนื่อยล้าโดยรวม	6.47	0.61	4.16	0.5	13.15**	38

\*\* p<.01

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการให้ความหมาย ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest control groups design) โดย

- กลุ่มควบคุม คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- กลุ่มทดลอง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กและได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สรุปผลการวิจัย

##### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก
2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

##### สมมติฐานการวิจัย

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก
2. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ในการศึกษาครั้งนี้คือ บิดา มารดา คู่สมรสหรือบุตรที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่-น้อง หรือญาติที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า ตั้งแต่วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติการเลือกเข้า (Inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

#### คุณสมบัติของผู้ป่วย

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ด้วยสาเหตุของความด้อยสมรรถภาพทางร่างกาย อันเนื่องมาจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
3. มีระดับความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ตามแบบประเมิน ระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สร้างขึ้นโดย กัญญารัตน์ ฝั่งบรรหาร (2539)

#### คุณสมบัติของผู้ดูแล

1. อายุ 20- 59 ปี
2. เป็นบิดา มารดา คู่สมรสหรือบุตร
3. เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยเป็นหลักตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. มีระดับคะแนนความเหนื่อยล้าตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป
5. เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
6. ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
7. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หือผู้ป่วยอายุรกรรม อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย หากผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมก่อนจนครบ จำนวน 20 คน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง จนครบ 20 คน
2. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีความคุณสมบัติความคล้ายคลึงกันในคะแนนของความเหนื่อยล้าโดยต้องมีคะแนนของความเหนื่อยล้าที่แตกต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน และมีความคล้ายคลึงกันของผู้ป่วยในเรื่องของระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยต้องมีระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับเดียวกัน หลังจากนั้นทำการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 รายก่อนจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนั้นพบว่า คะแนนของความเหนื่อยล้าโดย

ต้องมีคะแนนของความเหนื่อยล้าที่แตกต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน และมีระดับการฟังพาทองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับ 3 จำนวน 5 คู่ และ ระดับ 4 จำนวน 15 คู่

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ชนิดคือ

#### 1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า

#### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 โปรแกรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิต ด้วยซีกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 แผนการสอนเรื่องความเหนื่อยล้าและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.3 คู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นคู่มือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการบริหารกาย-จิตด้วยซีก โดยมีเนื้อหาครอบคลุมและสอดคล้องกับแผนการสอน

3.4 วีดิทัศน์ การฝึกบริหารซีกแบบง่าย 4 ท่า โดยนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) จิตแพทย์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำมาเผยแพร่ในการทำวิจัยได้

#### 4. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

4.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องความเหนื่อยล้า การดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าและการบริหารกาย-จิตด้วยซีก

4.2 แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซีก ซึ่งเป็นบันทึกอยู่ท้ายเล่มคู่มือ

### การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม และแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และกระบวนการของโปรแกรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยจับคู่ในแต่ละกลุ่มมีคะแนนความเหนื่อยล้าต่างกันไม่เกิน 2 คะแนน ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย ให้มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด

2. ประเมินระดับความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมก่อน หลังจากนั้นจึงประเมินระดับความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลอง

3. ดำเนินการทดลองดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยได้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับความเหนื่อยล้า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง

กลุ่มทดลอง ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินระดับความเหนื่อยล้า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง และได้รับโปรแกรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง จำนวน 5 ครั้ง

4. ประเมินระดับความเหนื่อยล้าหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้สิทธิ์ในการรักษา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าทั้ง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์



3. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่ามีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก ง) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test
4. เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนได้รับโปรแกรมฯและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Repeated Measures Analysis of Variance ที่ระดับ .05
5. เปรียบเทียบคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent – test ที่ระดับ .05

### ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง มีความเหนื่อยล้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง มีความเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1** ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการบริหารกาย-จิตด้วยซีกงน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1

**สมมติฐานข้อที่ 2** ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการและการบริหารกาย-จิตด้วยซีกงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยของการวิจัยดังต่อไปนี้

ผู้ดูแลกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้น

การจัดการกับความเหนื่อยล้าทั้งจากสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อม ๆ กัน โดยเน้นที่ผู้ดูแลเป็นศูนย์กลางและเกิดจากความร่วมมือกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ดูแลโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรับผิดชอบ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับมีส่วนช่วยในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่รุนแรง ด้วยการพัฒนาให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการลดความเหนื่อยล้าด้วยตนเอง โดยการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง ผู้ดูแลสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองด้วยวิธีที่เรียกว่าการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี สร้างความไว้วางใจและเป็นมิตรกับผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลกล้าเปิดเผยข้อมูลของตนเองมากขึ้น สามารถประเมินประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าจากผู้ดูแลได้ตรงตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยคำนึงถึงประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าจากมุมมองของตัวผู้ดูแลเอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์การรับรู้ความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ของตัวผู้ดูแลเอง รวมถึงวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้า และผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการกับความเหนื่อยล้า หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้ของผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุ และตามอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้า ตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของสาเหตุ อาการ ผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการสอนสาธิตการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงจนกว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยได้ด้วยตนเอง และให้ผู้ดูแลปฏิบัติที่ละทำ โดยคำนึงถึงความสามารถในการเรียนรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละราย และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซัก ถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกันให้คู่มือการจัดการกับอาการ เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า วิดีทัศน์เรื่องการบริหารกายจิตด้วยชี่กงกลับไปทบทวนที่บ้าน ซึ่งวิธีการดังกล่าว จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจ และการรับรู้สาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งมีทักษะที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่บุคคลเป็นอยู่ หรือที่จะปฏิบัติในอนาคตให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม

การให้ความรู้ ประกอบด้วยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจเมื่อเกิดความเหนื่อยล้า การปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า เทคนิคการผ่อนคลาย โดยจะเป็นความรู้ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถนำไปปฏิบัติได้เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า เป็นการให้ความรู้ที่ครอบคลุมในทุกด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าและการปฏิบัติตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งได้ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคประจำตัวของแต่ละบุคคล เนื่องจากครึ่งหนึ่ง

ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี และมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น การดูแลตนเอง ในด้านการทานอาหารเฉพาะโรค การรับ ประทานยา ซึ่งถือว่าการก่อให้เกิดประโยชน์แก่กลุ่มตัวอย่าง มากยิ่งขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า และการเปลี่ยนแปลงของทางด้านร่างกายและ จิตใจและผล ข้างเคียงจากการเกิดความเหนื่อยล้า รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อ บรรเทาความเหนื่อยล้าถ้าผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า อาการที่เกิดจาก ความเหนื่อยล้า ก็จะทำให้สามารถปรับตัว และยอมรับเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่ง ถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติตนที่ถูกต้องต่อไป เมื่อเกิดความเหนื่อยล้าแล้ว นั้นมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมเพื่อบรรเทา ความเหนื่อยล้ารวมทั้งป้องกันไม่ให้ระดับความเหนื่อยล้ารุนแรงมากขึ้น

ด้วยการบริหารกาย – จิต ด้วยซึ่ก ตามรูปแบบของ นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) ซึ่งเป็นการบริหารที่ก่อให้เกิดความสมดุล ความเข้มแข็งทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ การบริหารกาย-จิต ด้วยซึ่กนั้น เป็นการกระทำที่ประสานกันระหว่าง การเคลื่อนไหวร่างกาย การ บริหารการหายใจ และการพัฒนาจิตไปพร้อม ๆ กัน ในส่วนของการเคลื่อนไหวด้วยซึ่ก เป็นการ ออกกำลังกายแบบแอโรบิคประเภทปานกลาง โดยเน้นที่การเคลื่อนไหวของแขน การบริหารด้วยซึ่ก ประกอบด้วยท่าซึ่ก 4 ท่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่เน้นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อลดการเกิดการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ บริเวณต่าง ๆ การออกกำลังกาย เป็นวิธีที่ค่อนข้างมีประสิทธิภาพในการบรรเทาความเหนื่อย ล้า (Schwartz, 1998: 458) โดยจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อมากขึ้นส่งผลให้ กรดแลคติกที่คั่งค้างอยู่ในกล้ามเนื้อถูกขับออกไป กล้ามเนื้อจึงมีแรงในการหดตัวมากขึ้นจึง คลายความเหนื่อยล้าได้ ประกอบกับการออกกำลังกายยังทำให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอนดอร์ฟิน (Endorphins) ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขออกมา จึงสามารถทำให้เกิดความผ่อนคลายทางจิตใจได้ รวมทั้งการออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงานที่ต่าง ๆ ของร่างกายให้ดีขึ้นอีก ด้วย (Ream และ Richartson, 1999: 1299)

การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ก การพัฒนาจิตใจและก่อให้เกิดความผ่อนคลายจาก สาเหตุที่ว่าความเหนื่อยล้านอกจากจะมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของร่างกายแล้วนั้น ยังมีสาเหตุ มาจากทางด้านจิตใจ เพราะฉะนั้น การบริหารกาย-จิตด้วยซึ่กที่เน้นการพัฒนาจิต ยังเน้น การฝึกสมาธิให้จดจ่อกับการเคลื่อนไหวและการบริหารการหายใจโดยใช้กะบังลม คือการหายใจเข้า ทางจมูกท้องพอง หายใจออกท้องยุบ ซึ่งเป็นการกระตุ้นระบบ ประสาทพาราซิมพาเทติก จะทำให้ ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย นั่นคือกายและจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยของ กายย่อมมีผลต่อจิต ในทำนองเดียวกันเมื่อมีสิ่งมากระทบจิตก็ย่อมมีผลกระทบต่อกายด้วยเช่นกัน กล่าวโดยสรุปคือ การบริหารกาย-จิตแบบ ซึ่กเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค ทำให้ลด

ปัญหาการใช้ออกซิเจนไม่สมดุลกับการเกิดคาร์บอนไดออกไซด์ ช่วยป้องกันการเกิดการคั่งของกรดแลคติก ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยล้า หรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ จากการทำงานหนักเกินไป ช่วยให้ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลลดลง

จากผลการฝึกชี่กงและการให้ความรู้ ต่อการลดความเหนื่อยล้า ที่กล่าวไปข้างต้น จะเห็นว่ากลุ่มทดลอง ได้รับความรู้ที่ครอบคลุม การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า จะมีผลทำให้ผู้ดูแลสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ ประกอบกับการจัดโปรแกรมก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยแบ่งเนื้อหาและการฝึกปฏิบัติ เป็น 2 ครั้ง ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และเกิดการเรียนรู้มากขึ้น เนื่องจากว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะมีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแล การให้ความรู้ต่าง ๆ เพียงครั้งเดียวโดยใช้เวลานานเกินกว่า 30 นาที อาจจะทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจดจำเนื้อหาและทำความเข้าใจได้ไม่มาก รวมถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงนั้น ควรคำนึงถึงความพร้อมของผู้ดูแลด้วย เช่น การฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงนั้น ควรฝึกในช่วงเช้าเนื่องจากเป็นเวลาที่เหมาะสมในการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงแล้วยังตรงกับช่วงที่พยาบาลให้การพยาบาลตามปกติกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลจะมีเวลาว่าง และการให้ความรู้นั้น จะทำในช่วงเย็นเนื่องจากในช่วงกลางวันผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากการให้การพยาบาลตามปกติ และยังคงต้องพาผู้ป่วยไปตรวจยังแผนกต่างๆ จากการให้โปรแกรมในช่วงเวลาที่เหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และความเข้าใจ สามารถจดจำและนำไปปฏิบัติได้ต่อเนื่อง นอกจากนี้ในการดำเนินโปรแกรมผู้วิจัยได้ใช้สื่อการสอนที่หลากหลาย คือ การสอนร่วมกับการสาธิตให้ผู้ดูแลร่วมปฏิบัติตามที่ละท่าจนกว่าผู้ดูแลจะเกิดความเข้าใจและมีความชำนาญ คู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง รวมทั้งวิดีโอทัศน์การบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง โดยนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) จิตแพทย์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในการฝึกทักษะและแนะนำการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงที่สามารถสื่อเข้าใจได้ง่าย และได้มอบให้ผู้ดูแลนำไปทบทวนทำความเข้าใจด้วยตนเองที่บ้าน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและปฏิบัติได้ต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งได้รับคำแนะนำเป็นกลุ่ม คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้นั้นไม่ครอบคลุมทุกด้าน โดยเน้นทางด้านให้การดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ขาดทางด้านดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งยังขาดการแนะนำด้านผลกระทบต่อภาวะสุขภาพภายหลังรับบทบาทผู้ดูแล โดยเฉพาะความเหนื่อยล้าที่เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง โดยที่ยังขาดแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่จริงจาง คือยังไม่มีรูปแบบการจัดการกับอาการที่ชัดเจน และเหมาะสมกับผู้ดูแล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด



สมอง โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าระดับความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุม ภายหลังจากทดลองมีระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง กล่าวคือ มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง เกือบถึงระดับรุนแรง เมื่อนำเอาโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมาเปรียบเทียบการพยาบาลตามปกติ โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นที่เน้นการดูแลตนเองที่ให้การบำบัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยมีการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง เป็นองค์ประกอบสำคัญ และเป็นการจัดการกับอาการที่เหมาะสมต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพในการลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียวที่มุ่งเน้นแต่บทบาทผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรวรรณ จันทร์อินทร์ (2549) ที่เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย ผลการทดลองพบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สำหรับการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองภายหลัง ได้รับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง เมื่อสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง เมื่อสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ คะแนนความเหนื่อยล้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับที่มีความเหนื่อยล้าระดับปานกลางเท่าเดิม แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง และด้านสติปัญญาและอารมณ์ หลังการทดลอง 8 สัปดาห์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงมาอยู่ระดับที่มีความเหนื่อยล้าระดับเล็กน้อย ดังนั้นในโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยซึ้งนี้ อาจต้องเพิ่มระยะเวลาในการปฏิบัติซึ้งให้มากขึ้น หรือมีการสอนซ้ำในเรื่องการจัดการกับอาการ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผู้ดูแลให้มีกาปฏิบัติตนที่ถูกต้องตลอดเวลา

จากข้อมูลข้างต้นจึงสรุปได้ว่าการศึกษาที่ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าอย่างถูกต้องและตรงกับความต้องการของตนเอง จะมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเมื่อนำมาใช้ร่วมกับกลวิธีในการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยวิธี การบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง จะทำให้ความเหนื่อยล้าลดลงมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดที่กล่าวไว้ในแบบจำลองการจัดการกับอาการ กล่าวคือการใช้กลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้า โดยคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลร่วมกับการฝึก



ทักษะการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงซึ่งเป็นการดูแลแบบผสมผสานและตัวผู้ดูแลเป็นผู้ปฏิบัติเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุน สามารถลดความเหนื่อยล้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงสามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเหนื่อยล้าลดลงได้ จึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลทั้งที่มีหน้าที่ในด้านการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติกรพยาบาล การศึกษา และการวิจัยทางการพยาบาล ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ดูแลเพื่อลดความเหนื่อยล้า การแนะนำในการดูแลตนเองร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงนั้น ถือเป็น การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามยุคของการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้คือ

1. ควรให้การสนับสนุนกิจกรรมจัดตั้งเป็นชมรมเพื่อเผยแพร่งานวิจัย และส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญ และผลดีที่ผู้ดูแลจะได้รับจากการนำโปรแกรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล และควรมีกิจกรรมเพื่อเพิ่มทักษะในการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ให้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาล โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญมาแนะนำ เพื่อสามารถนำเอาทักษะเหล่านี้ไปเผยแพร่แก่ญาติผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าขณะอยู่ที่บ้านได้อย่างถูกต้อง ซึ่งนอกจากจะช่วยในการบรรเทาความเหนื่อยล้าแล้วยังส่งเสริมให้เกิดผลดีด้านจิตใจเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุผลที่ว่า "กายกับจิตมีความสัมพันธ์กัน" ซึ่งจะมีผลนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ด้านการศึกษาวิจัย ควรนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล ในเรื่องการบริหารการพยาบาล ที่เป็นการดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) โดยมีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่น ๆ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภาย หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงอย่างต่อเนื่อง เพื่อแสดงให้เห็นถึงความคงทนของโปรแกรม ฯ และมีการติดตามด้านอื่น ๆ เช่น การโทรศัพท์ติดตามเพื่อเป็นการติดตามผลความเหนื่อยล้า และประเมินผลการปฏิบัติระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม

2. ควรมีการเพิ่มเวลาในการปฏิบัติซึ่งให้มากขึ้น หรือมีการสอนซ้ำในเรื่องการจัดการกับอาการ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผู้ดูแลให้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตลอดเวลา

3. ควรศึกษาในลักษณะของการขยายองค์ความรู้ จากผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง เพื่อใช้ในการบำบัดรักษาอาการอื่น ๆ เช่น ความ เครียด ความวิตกกังวล รวมถึงการศึกษาที่ขยายไปสู่ผู้ดูแลในโรคกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2542). **คู่มือคลายเครียด**. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2544). **สุขภาพจิตไทย พ. ศ. 2543-2544**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คัทรียา รัตนวิมล. (2545). **ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพากรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินนระรัตน์ ศรีภักดิ์วิญญู. (2540). **ผลการสอนและการฝึกปฏิบัติทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา กฤตยารวรรณ. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการรับรู้ความต้องการของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จรัสศรี อินทรสมหวัง. (2543). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จเร ผลประเสริฐ. (2528). **ประสาทศัลยศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: เที่ยรรู้จักพับลิชเชอร์.
- จว๋อต้าหง. (2541). **ศิลปการบริหารของเงินเพื่อสุขภาพ**. (มนตรี ภูบุญมี, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมชาติ.
- จิราพร ศิริรัตน์. (2543). **การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับการอ่อนล้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จารึก ธานีรัตน์. (2544). **ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2541). **โรคหลอดเลือดสมองการวินิจฉัยและการจัดการทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- ชัชชัย เปี่ยมสุข. (2537). **ผลของการฝึกบริหารลมปราณต่อคุณภาพชีวิต ความทนในการออกกำลังกาย และสมรรถภาพปอด ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุตินา มาตยมูล. (2546). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ภู่อ่างค์. (2545). **ผลการใช้โปรแกรมออกกำลังกายและการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2547). **ชี้กงวิธีแห่งพลังเพื่อการบำบัดโรค**. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- ธัญญาพร ดาวนพแก้ว. (2547). **ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นภาพรณ แก้ววรรณ. (2533). **ผลการสนใจญาติต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2544). **ประสบการณ์การการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ดั่งวงพง. (2540). **ผลกระทบของการบาดเจ็บที่สมองต่อครอบครัว**. ในงานวิจัยที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทุนอุดหนุนการวิจัย ประเภทงบประมาณแผ่นดินประจำปี 2540, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บรรจบ ชุณสวัสดิ์กุล. (2541). **พลังจิตพิชิตโรค: ธรรมชาติบำบัดวิถีสุขภาพแนวใหม่**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทรวมทรรศน์ จำกัด.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณนากร. (2547). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.
- บุญมี แพ้งสกุล. (2545). **ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปนัดดา อินทรลาวัณย์. (2543). **ผลของการประคบความร้อนต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยกานต์ บุญเรือง. (2548). **ผลของโปรแกรมการฝึกบริหารแนวชีกซ์งร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยวรรณ ปฤษณภานุรังษี, สมจิต หนูเจริญกุล และ วรชัย รัตนธรร. (2544). **แบบแผนของความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. *รามาศิษย์สาร*. 7(2): 97-107.
- ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางคลินิก ปัจจัยส่วนบุคคลและความเหนื่อยล้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพงษ์ พรายมณี. (2542). **การบริหารกายและฝึกสมาธิแบบชีกซ์ง**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.
- พรชัย จุลเมตต์ และ ยุพิน ถนัดวณิชย์. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พิมพ์ร ลีลาพรพิสิฐ. (2545). **สุขคนธบำบัด**. เชียงใหม่: ภาควิชาเทคโนโลยีเฝ้าระวังและคุ้มครอง คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพียงใจ ดาไลปการ. (2545). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรวัดย์ โคตรตะ. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่ออาการหายใจลำบากของพระภิกษุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



- เพ็ญลดดา เคนไชยวงศ์. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างการฟังพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มะลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2542). **ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม: บทควมวิชาการ. วารสารพยาบาลศาสตร์.** 17(1): 32-36.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. ราชบัณฑิตยบาลสาร.** 2(1): 84-94.
- ระวี เดือนดาว. (2547). **ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามประสบการณ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัมภ์รดา อินทร. (2539). **ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชบัณฑิตสถาน. (2527). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). **ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล.** 4(1): 9 - 18.
- ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐวงศ์. (2546). **Complementary Therapy in Nursing Therapeutic, and Aromatherapy. ในการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่อง: การพยาบาลผสมผสานกับการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก, หน้า 43 - 66. 16 -18 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร.**
- วรรณามีสุข. (2548). **ปัจจัยที่ทำนายภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรวรรณ จันทร์อินทร์. (2549). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิตด้วยซี่กงในผู้ป่วยมะเร็งที่ให้เคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชัย วนะชีวนาวิน. (2537). **อาการอ่อนเปลี้ย. ใน อุดม คชินทร (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์อาการวิทยา, หน้า 22-27. กรุงเทพมหานคร: เข็ทสแควร์.**

วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2538). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว.

วารสารพยาบาล. 44(2): 88-92.

วิไลพร ศรีธเวศ. (2546). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดในบทบาทญาติผู้ดูแลของ**

**ภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2538). การดูแลแบบองค์รวม: ข้อเสนอแนะทางวิทยาศาสตร์.

รามาธิบดีสาร 1(1): 2 - 4

สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ประอรนุช ตุลยาทร. (2538). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของ

ภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 13(4): 76-87.

สายใหม่ ตุ่มวิจิตร. (2547). **ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดด้วย**

**น้ำมันหอมระเหยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมี**

**บำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนทัศน์สำคัญสำหรับการดูแล.**

ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

สุดศิริ หิรัญฑูณหะ. (2541). **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค**

**หลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต

วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุธิดา อุทะพันธ์. (2541). **การเปรียบเทียบผลของแผ่นปูพื้นในการบรรเทาความล้าของ**

**กล้ามเนื้อ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและ

ความปลอดภัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวีพร ธนศิลป์. (2545). **การนำโมเดลการจัดการไปใช้ในผู้ป่วยปอดอักเสบ. ในเอกสาร**

**ประกอบการเรียนการสอนรายวิชา Advance Adult Nursing I: 3-10.**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2547). **ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สถิติกระทรวง**

**สาธารณสุข.** กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวง

สาธารณสุข.

เสาวลักษณ์ เนตรขัง. (2002). **การศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความ**

**วิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค**

**หลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อภันตรี กองทอง. (2544). **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมรรัตน์ ภีระชวร. (2541). **ผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซึ่งต่อความเครียดและความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญรัช นิตฺธร. (2543). **เปรียบเทียบผลของการบริหารผ่อนคลายแนวซึ่งกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะเนื่องจากความเครียด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อารมณ บุญเกิด. (2540). **ประสิทธิผลของการเตรียมก่อนกลับบ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อาลี แซ่เจี๊ว. (2547). **ผลของการจัดการกับอาการด้วยการนวดประคบต่อความเหนื่อยล้าของมารดาหลังคลอด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุไรวรรณ โพร้งพนม. (2546). **ผลของการร่ำมวยจีนซึ่งต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอมอร แซ่จิ๋ว. (2001). **ความอ่อนล้าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภันตรี กองทอง. 2544. **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

## ภาษาอังกฤษ

- Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., Press, A. N. Williams, P. D. and Wingate, A. (1999). Defining and Measuring Fatigue. **Journal of Nursing Scholarship** 31(1): 45-50.
- Acorn, S. (1993). Head-injured survivors: Caregivers and support groups. **Journal of Advanced Nursing** 18: 39 - 45.
- Ai, A. L. (2003). Assessary mental health in clinical study on qigong: Between scientific investigation and holistic perspective. **Seminars in Integrative Medicine** 1(2): 112 - 121.
- Aistars, J. (1987). Fatigue in the cancer patient. **Oncology Nursing Forum** 14(6): 25-30.
- Appelors, P., Nydevik, I., and Vitanen, M. (2003). Poor outcome after first-ever stroke predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year. **Stroke** 34: 122-126.
- Baird, S. B. (1988). Decision making. **Oncology Nursing**. Philadelphia: B. C. Decker.
- Barnett, M. L. (2001). Fatigue. In S. E. Otto (ed). **Oncology Nursing**, pp. 78 -801. St. Louis: Mosby.
- Berger, A. M. (1995). Activity/rest pattern and perceived fatigue and sleep quality during the first weeks of intravenous chemotherapy for early stage breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 22(2): 361.
- Berger, A. M. (1998). Patterns of fatigue and activity and rest during adjuvant breast cancer chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 25(1): 51-62.
- Berger, A. M., and Farr, L. (1999). The influence of daytime inactivity and nighttime restlessness on cancer - related fatigue. **Oncology Nursing Forum** 25(10): 1663-1671.
- Berger, A. M., and Higginbotham, P. (2000). Correlation of fatigue during and following adjuvant breast cancer chemotherapy. **Oncology nursing Forum** 27(9): 1499 - 1448.

- Berger, A. M., and Walker, S. N. (2001). An explanatory model of fatigue in women receiving adjuvant breast cancer chemotherapy. **Nursing Research** 50(1): 42 - 52.
- Berger, K., and Williams, M. B. (1992). **Fundamental of nursing: Collaborating for optimal health**. New York: Englewood Cliffs.
- Bottcher, S. (1999). Cognitive retraining: A nursing approach to rehabilitation of the brain injured. **Nursing Clinics of North America** 24: 193-207.
- Bower, J. E. (2000). Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on quality of life. **Journal of Clinical Oncology** 18 (4): 743 -753.
- Braithwaite, D., and McGown, A. (1993). Caregivers' emotional well being and their capacity to learn about stroke. **Journal Advanced Nursing** 18: 195-202.
- Bunting, B. M. (1989). Stress on caregivers of the elderly. **Advance in Nursing Science**. 11: 63-73.
- Burns, N. and Grove, S. K. (2005). **Nursing research**. 5<sup>th</sup> ed. U. S. A: W.B. Saunders Company.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2001). **The practice of nursing research: Conduct, Critique and Utilization**. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Chen, K. W. (2004). An analysis review of studies on measuring effect on external qi in china. **Alternative therapies in health and medicine**10 (4): 38 - 50.
- Clark, P. C., King, K. B. (2003). Comparison of family caregivers stroke survivors and persons with Alzheimer's disease. **Journal of Gerontological Nursing** 29 (2): 45-53.
- Davis, L. L. (1992). "Building a science of caring for caregiver." **Family and Community Health** 15 (21): 1-10.
- DeMeneses, M. R., and Perry, G.R. (1993). The plight of caregiver. **Home Healthcare Nurse** 11 (4): 10-14.
- Demio, C.D. (2000). Effect of exercise on cancer-related fatigue. **Cancer Supplement** 92 (6): 1689-1693.
- 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.



- Ferrell, B. R., Grant, M., Dean, G. E., Funk, B., and Ly, J. (1996). Bone tired: The experience of fatigue and impact on quality of life. **Oncology Nursing Forum** 23(10): 1539 -1547.
- Given, C. W., Colin, C. E., and Given, B. A. (1988). Sources of stress among family caring for relative with Alzheimer's disease. **Nursing Clinics of North America** 23: 69 -83.
- Grant, J. S., et al. (2002). Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. **Stroke** 33: 2060-2065.
- Graydon, J. E., Bubela, N., Irvine, D., and Leslie, V. (1995). Fatigue-reducing strategies used by patients receiving treatment for cancer. **Cancer Nursing** 18 (1): 23 – 28.
- Gronwall, D., and Wrightson, P. (1974). Delayed recovery of intellectual function after minor head injury. **Journal Neurosurgery** 7: 605 - 609.
- Hickey, J.V. (2003). **The clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing**. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J,B.Lippincott.
- Hubsby, E. P., and J. H. (1992). Fatigue in multiple sclerosis: Guide for nursing care. **Rehabilitation Nursing** 17 (4): 176 - 180.
- Jensen, S., Given, B.A. (1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. **Cancer Nursing** 14: 181-187.
- Karyn, M. S. (1999). Aromatherapy & Massage. **Better Nutrition** 61 (10): 123-130.
- Kopachon, S. (2002). **Influences on preparedness, rewards of caregiving, and factors in role strain of caregivers of patients with cerebrovascular disease**. Master's Thesis. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Kreutzer, J. S., Marwitz, J. H., and Kepler, K. (1992). Review article: Traumatic brain injury: Family response and outcome. **Archives Physical Medicine Rehabilitation** 73: 771-778.
- Lee, H, Kohlman, C. V., Lee, K., and Schiller, N. B. (2000). Fatigue, mood, and hemodynamic patterns after myocardial infection. **Applied Nursing Research** 13 (2): 60-69.

- Lee, K. A., Lentz, M. J., Taylor, D. L., Mitchell, E. S., and Woods, N. F. (1994). Fatigue as a response to environmental demands in women's lives. **Image: Journal of Nursing Scholarship** 26 (2): 149-154.
- Liang, M.S. and Wu, W. (1997). **Qigong empowerment: A guide to medical taoist buddhist wushu energy cultivation**. USA: The Way of the Dragon Publishing
- Linsey, A. M., Dodd, M. J., and Chen, S. G. (1981). Social support and health outcomes in post mastectomy women : A review. **Cancer Nursing** 4 (10): 377-383.
- Magnusson, K., Moller, A., Ekman, T., and Wallgren, A. (1999). A qualitative study to explore the experience of fatigue in cancer patients. **European Journal of Cancer** 8: 224-232.
- Marsh , N. V., Kersel ,D. A., Havaill, J. H., and Sleight, J. W. (1998). Caregiver burden at 1 year following severe traumatic brain injury. **Brain injury** 12 (12): 1045-1059.
- McCaffrey, R., and Fowler, N. L. (2003). Qigong Practice: A Pathway to Health Healing. **Holistic Nursing Practice** 17 (2): 110-116.
- Mclean, A., Dikmen, S., Temkin, N., Wyler, A. R., and Gale, J. L. (1984). Psychological functioning at 1 month after head injury. **Neurosurgery** 14: 393-399.
- Miaskowski, C. and lee, K. A. (1999). Pain, fatigue, and sleep disturbances in oncology out patients receiving radiation therapy for bone metastasis. **Journal of Pain and Symptom Management** 17 (5): 320-332.
- Mock, V., et al. (1997). Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress radiation therapy for breast cancer. **Oncology Nursing Forum** 24 (6): 90 -100.
- Natechang, S. (2002). **Influencing of caregiver role strain, worry from caring, and caregivres' factors on health status of caregivers of stroke patients**. Master's Thesis. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- National Stroke Association. (2003). **Hope and stroke patients**. Dull Author.

- National Family Caregiver Association. (2005). **Caregiver Survival tips**. U.S.A:  
 Available from: <http://www.Upperarkansasareaageneyonaging.org/caregiver.html>.  
 (2005, August 15).
- Ounprasertpong, L. and Holzemer, W. (2002). Effect of foot reflexology on fatigue and pain in AIDS Patients. In **Proactive Health Promotion and Complementary Health Care**. At Christian University on 13-14 March 2004.
- Pickard - Holley, S. (1991). Fatigue in cancer patients. **Cancer Nursing** 14 (3): 13 -19.
- Piper, B. F. (1991). Alterations in energy: The sensation of fatigue. In S. B. Baird, R. McCorkle, and M. Grant (eds). **Cancer Nursing a Comprehensive Text Book**, pp. 894-908. Philadelphia: Saunders Company.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue. Current bases for practice. In S. G. Funk, E. M. Tomquist, M.T., Champagne, L.A. Copp, and R.A. Wiere (eds). **Manage of pain, fatigue and nausea**, pp. 187 -198. New York: Springer Publishing.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue in V. Carrieri - Kohtman, A M. Linsey, and C. M. West (eds). **Pathophysiological phenomena in nursing**, pp. 279-302. Philadelphia: Saunders.
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., and Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. **Oncology Nursing Forum** 14 (6): 17-23.
- Piper, B. F. Dibble, 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.
- Pritsanapanurungsie, P. (2002). **Pattens of fatigue, related factors, and self-care actions among breast cancer patients receiving chemotherapy**. Master's Thesis. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Ream, E., and Richardson, A. (1997). Fatigue in patients with cancer and chronic obstructive airway disease: A phenomenological enquiry. **Intemational Journal of Nursing Studied** 34 (1): 44-53.
- Ream, E., and Richardson, A. (1999). From theory to practice: Designing interventions to reduce fatigue in patients with cancer. **Oncology Nursing Forum**. 26(8): 1295 1303.

- Ream, E., and Richardson, A. (1997). Self-care behaviors initiated by chemotherapy Patients in response to fatigue. **International Journal of Nursing Studies** 34 (1): 35-43.
- Ream, E., and Richardson, A., and Alexander-Dann, C. (2002). Facilitating patient' coping with fatigue during chemotherapy-Pilot outcomes. **Cancer Nursing** 25 (4): 300 -308.
- Rhoten, D. (1982). **Fatigue and the postsurgical patient**. In C. M. Norris (ed.), *Concept clarification in nursing*. (pp. 277-299). Rockville: An Aspen Publication.
- Sasat, S. (1998). **Caring for dementia in Thailand: A study of family care for demented elderly relatives in Thai Buddhist society**. Doctoral Dissertation's Thesis, Philosophy in the University of Hull.
- Schwartz, A. L. (2000). Patterns of exercise and fatigue in physically active cancer survivors. **Oncology Nursing Forum** 25 (3): 485-717.
- Songwattanwyut, W. (2003). The factors influencing caregiver role strain cerebrovascular disease patients' survivors. Master's Thesis. Department of Nursing Science, Graduate School, Mahidol University.
- Tang. (1994). Qigong Therapy-Effectiveness and Regulation. **AJCM**: 235 -242.
- Tang., Yu - Ying., and Chen, Shu-Pi. (2002). Health Promotion behaviors in Chinese family caregiver of patients with stroke. **Health Promotion International** 17 (4): 329-339.
- Teel, C. S., Duncan, P., and Lai, S. M. (2001). Caregiving experiences after stroke. **Nursing Research** 50 (1): 53-60.
- Testani, D. L., Chappel, A. L., and Eueldner, S. (1992). Traumatic brain injury: A family experience. **Journal of Neuroscience Nursing** 24: 317 -323.
- The Thai Council of Thailand. (1997). **The Professional Nursing and Midwifery Act BE. 2540 (Revision of the The Professional Nursing and Midwifery Act BE.2528)**. Bangkok: n.p.
- Whitman, M. (1992). Case management in head injury rehabilitation. **Rehabilitation Nursing** 16: 19 -22.

- Winningham, M. L., Nail, L. M., Burke, M. B., Brophy, L., Cimprich, B., and Jones, L. S. (1994). Fatigue and the cancer experience: The state of the Knowledge. *Oncology Nursing Forum* 21 (1): 23 -35.
- Woo, B., Dibble, S. L., Piper, B. F., Keating, S. B., and Weiss, M. C. (1998). Differences in fatigue by treatment methods in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 25 (5): 915 - 920.
- Xu, J. (1999). Body, discourse and the cultural politics of contemporary Chinese Qigong. *The journal of Asian studies* 58 (4): 961-991.



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง	นายแพทย์ 8 วิชาการ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการ พยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม	รองหัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรนุช ห่านิวัติศัย	รองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นางวาทาศโทหญิง ดร.โสพรรณ โพทะยะ	พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการ พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลภูมิพล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

ตัวอย่างจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ  
จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย  
จดหมายขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

วันที่ 18 มกราคม 2550

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง อุทุมพร รูปเล็ก นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอ อนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเหนื่อยล้า ทั้งนี้ นิสิตจะ ประสานงานเรื่อง วันและเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง อุทุมพร รูปเล็ก ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม

งานบริการการศึกษา โทร. 02-218-9825 โทรสาร. 02-218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์

ชื่อนิสิต เรือเอกหญิง อุทุมพร รูปเล็ก



ที่ ศธ 0512.11/



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

วันที่ 18 มกราคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ  
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง อุทุมพร รูปเล็ก นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นนี้ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

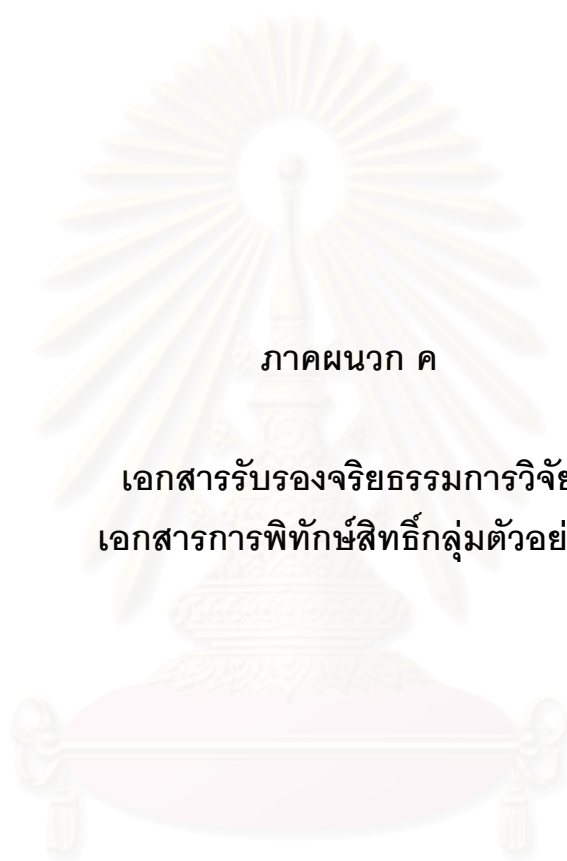
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา  
งานบริการการศึกษา โทร. 02-218-9825 โทรสาร. 02-218-9806  
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์  
ชื่อนิสิต เรือเอกหญิง อุทุมพร รูปเล็ก



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย  
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**เอกสารรับรองโครงการวิจัย**  
**โดย**  
**กรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.**

RLM 006/50

ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วย ชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ชื่อหัวหน้าโครงการ	เรือเอกหญิง อุกุมพร รูปเล็ก
รหัสโครงการ	RP 011/50
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
เอกสารที่รับรอง	1. โครงการวิจัย 2. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย 3. แผนการสอนการฝึกชี่กงสำหรับผู้ดูแล 4. คู่มือการฝึกชี่กงสำหรับผู้ดูแล
รับรองโดย	กรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.
วันที่รับรอง	29 มกราคม พ.ศ. 2550
วันหมดอายุ	30 กรกฎาคม พ.ศ. 2550

ลงนาม พลเรือตรี.....

(พลเรือตรี เด่นเดชา ประทุมเพชร)

ประธานกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร.

29 มกราคม 2550

สถาบันวิทยบริการ  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงต่อความ  
เหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว .....ได้รับทราบจาก

ผู้วิจัยชื่อ เรือเอกหญิง อุทุมพร รูปเล็ก ที่อยู่ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระ  
ปีนเกล้า แขวงบुकคโกล เขต ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการ  
ศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำ  
ความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า.....ยินดี เข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดย  
สมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลซึ่ง  
จะไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าหรือผู้ป่วยที่ข้าพเจ้าดูแล คำตอบหรือข้อมูลทุก  
อย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์  
ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้  
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้านี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

..... ลงนาม .....  
สถานที่/วันที่ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม .....  
สถานที่/วันที่ (เรือเอกหญิงอุทุมพร รูปเล็ก )

ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม .....  
สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

**ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊งต่อ  
ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. ชื่อผู้วิจัย เรือเอกหญิงอุทุมพร รูปเล็ก นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ การพยาบาล  
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แขวงบुकคโล  
เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4600000 ต่อ 52788-9

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-7698337

E-mail : utu289@hotmail.com

3. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการ  
วิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

3.1 โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วย  
ซึ๊งเพื่อลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต  
ด้วยซึ๊ง และเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วย  
ซึ๊งกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.3 ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม กลุ่มที่ 1  
ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊ง และการ  
พยาบาลตามปกติกลุ่มที่ 2 การพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียววัดความ  
เหนื่อยล้าก่อนและหลังการทดลอง และวัดซ้ำหลังการทดลอง 1 เดือนและ 2 เดือน

4. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้ จะคัดเลือก  
กลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะ คือ บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตร ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมอง ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

4.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ๊งซึ่งประกอบด้วย 4  
ขั้นตอนดังต่อไปนี้



ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล  
สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างระยะเวลา 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้ ระยะเวลา 45 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งง ระยะเวลา 60 นาที

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล ระยะเวลา 30 นาที

5.หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติม และติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่  
หมายเลขโทรศัพท์ 089-7698337 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ และโทษ  
เกี่ยวข้องกับกรวิจัย จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6. ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้ดูแลที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เพียงแต่  
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องใช้เวลาอยู่ในการวิจัยทั้งสิ้นนาน 8 สัปดาห์

7.ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมงานวิจัยและจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ  
จากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

8. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัย  
จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

9.ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ  
นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. จำนวนของผู้ดูแลที่เข้าร่วมในวิจัยครั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ ประมาณ 40 คน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชนิดคือ

### ส่วนที่ 1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้า
- 1.3 แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

### ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

- 2.1 โปรแกรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิต ด้วยซีกิงสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.2 แผนการสอนเรื่องความเหนื่อยล้าและการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2.3 คู่มือการจัดการกับความเหนื่อยล้าร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกิงสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นคู่มือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการบริหารกาย-จิตด้วยซีกิง โดยมีเนื้อหาครอบคลุมและสอดคล้องกับแผนการสอน
- 2.4 วีดิทัศน์ การฝึกบริหารซีกิงแบบง่าย 4 ท่า โดยนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) จิตแพทย์กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำมาเผยแพร่ในการทำวิจัยได้

### ส่วนที่ 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

- 3.1 แบบทดสอบความรู้เรื่องความเหนื่อยล้า การดูแลตนเอง เพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าและการบริหารกาย-จิตด้วยซีกิง
- 3.2 แบบบันทึกการฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซีกิง

## ส่วนที่ 1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

### แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

**เรื่อง** ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายผู้ป่วย (ผู้วิจัยบันทึกเอง)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า

### 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย (X) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำในช่องว่าง

1. อายุ..... ปี
2. ระดับการศึกษา
 

(1) ประถมศึกษา	(2) มัธยมศึกษา
(3) ปริญญาตรี	(4) สูงกว่าปริญญาตรี
3. สถานภาพสมรส
 

(1) โสด	(2) คู่
(3) หม้าย	(4) หย่า
4. ศาสนา
 

(1) พุทธ	(2) คริสต์
(3) อิสลาม	(4) อื่น ๆ.....
5. อาชีพ
 

(1) ค้าขาย	(2) รับราชการ
(3) เกษตรกร	(4) รับจ้าง
6. รายได้
 

(1) 0-10,000	(2) 10,000-15,000
(3) 15,000-20,000	(4) 20,000 ขึ้นไป
7. สิทธิการรักษา
 

(1) เบิกต้นสังกัด	(2) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(3) ประกันสังคม	(4) ชำระเงินเอง
(5) อื่น ๆ.....	
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 

(1) สามี-ภรรยา	(2) บุตร
(3) พี่-น้อง	(4) อื่น ๆ
9. โรคประจำตัว
 

(1) ไม่มีโรค	(2) โรคความดันโลหิตสูง
(3) โรคหัวใจ	(4) โรคเบาหวาน (5) อื่น ๆ.....
10. ระยะเวลาในการดูแล (ชม. / วัน)
 

(1) น้อยกว่า 6-8	(2) มากกว่า 8-10
(3) มากกว่า 10-12	(4) 12 ชั่วโมงขึ้นไป

## 2. แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วย ในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความพิการปานกลางถึงรุนแรง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินโดยการสังเกตจากผู้ป่วยและสอบถามจากผู้ดูแล ในแต่ละด้าน ผู้วิจัยจะทำการเลือกตอบเพียง 1 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย (x) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ

## ด้านที่ 1 ระดับความรู้สึกรู้ตัว

- |   |         |
|---|---------|
| ( ) รู้ตัวดี                                      | 4 คะแนน |
| ( ) สับสน ไม่รู้กาลเวลาและหรือสถานที่และหรือบุคคล | 3 คะแนน |
| ( ) ไม่รู้สึกรู้ตัวแต่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น       | 2 คะแนน |
| ( ) ไม่รู้สึกรู้ตัวและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น    | 1 คะแนน |



## ด้านที่ 4 การกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน

- |   |         |
|---|---------|
| ( ) กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้ตามปกติ                | 4 คะแนน |
| ( ) กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้แต่ไม่เต็มที่          | 3 คะแนน |
| ( ) พักงานหรือพักการเล่าเรียน (หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย) | 2 คะแนน |
| ( ) ออกจากงานหรือการเล่าเรียน                         | 1 คะแนน |

คะแนนรวม                      คะแนน

สรุปผู้ป่วยมีความพิการระดับ

- |                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| ( ) ไม่มีความพิการ            | ( ) มีความพิการเล็กน้อย      |
| ( ) มีความพิการในระดับปานกลาง | ( ) มีความพิการในระดับรุนแรง |



### 3. แบบประเมินอาการเหนื่อยล้า

**คำชี้แจง** แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 22 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้า โดยครอบคลุมในเรื่องการรับรู้อาการเหนื่อยล้า การประเมินอาการเหนื่อยล้า การตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้า โดยความรู้สึกของท่านแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนนบนเส้นตรง ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรงตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด

1. ความรู้สึกเหนื่อยล้าทำให้ท่านมีความทุกข์ทรมานในระดับใด



ไม่มีความทุกข์ทรมานเลย

มีความทุกข์ทรมานมากที่สุด

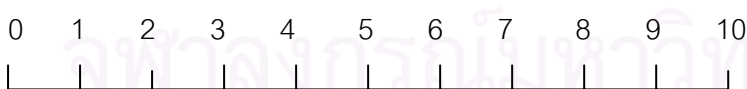
2. ความรู้สึกเหนื่อยล้ามีผลรบกวนความสามารถในการทำงานหรือการเรียนหนังสือในระดับใด



ไม่มีผลเลย

มีผลมากที่สุด

21.



จำอะไรได้ดี

จำอะไรไม่ได้เลย

22.



สมองปลอดโปร่ง

สมองไม่ปลอดโปร่ง

## ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

### 1. โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

#### หลักการและเหตุผล

ประชาชนในประเทศไทยมีสถิติเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ คือโรคหลอดเลือดสมองซึ่งพบมากที่สุด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ร้อยละ 90 มีความพิการหลงเหลืออยู่ และต้องการผู้ดูแล (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541; Appelros และคณะ, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยใช้เวลามากกว่า 9 ชั่วโมงต่อวัน (ชุตินา มาตยมูล, 2546) และยังคงต้องอยู่กับผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (Kopachon, 2002; Songwattanayut, 2002) การศึกษาของ Clark and Standard (1996) กล่าวว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสุขภาพทรุดโทรมจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน เกิดปัญหาสุขภาพหลังเป็นผู้ดูแลร้อยละ 72 โดยมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นมากถึงร้อยละ 21 (วรรณมา มีสุข, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางสมองในระยะพักฟื้นมีความเหนื่อยล้า ดังนั้นเมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการตอบสนองที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงและระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; ปิยาภรณ์ เบญจบันลือกุล, 2544) หากมีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อยจะเป็นกลไกที่ช่วยป้องกันอันตรายจากการทำงานหนัก ทำให้ร่างกายได้พักผ่อนรวมทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงต่อภาวะเครียดที่จะมีผลกระทบต่อร่างกาย แต่ในขณะเดียวกันหากร่างกายมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับรุนแรงเกิดขึ้นบ่อยและคงอยู่เป็นเวลานานร่างกายจะมีการตอบสนองความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ (Piper และคณะ, 1987) มีการดึงพลังงานที่สะสมไว้ออกมาเกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีศีรษะหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ขาดสมาธิ ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ไขปัญหาลดลง (Magnusson และคณะ, 1999) ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นภายหลังจากการรับบทบาทผู้ดูแล พยาบาลจึงควรช่วยในการบรรเทาความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล โดยการพัฒนาผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเอง

- 
- 
- 
-

## กิจกรรมขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

### หลักการ

เป็นการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์จากกระบวนการ โดยการประเมินกระบวนการนั้นเป็นการประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างได้รับโปรแกรม เพื่อนำปัญหาที่ได้มาสู่การหาแนวทางแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ร่วมกับการประเมินผลที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับจากโปรแกรมว่าสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าได้หรือไม่

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง

### กิจกรรม

1. ประเมินผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกง โดยพยาบาลจะพบกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม โดยจะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าภายหลังจากที่ได้รับโปรแกรม
2. พยาบาลให้ความรู้ซ้ำอีกครั้งในสิ่งที่ผู้ป่วยยังรับรู้ไม่ถูกต้อง หรือยังขาดไป

### สื่อ

1. ใบงานที่ 2 : แบบประเมินความเหนื่อยล้า
2. ใบงานที่ 3 : แบบประเมินความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

### ประเมินผล

1. ระดับคะแนนความเหนื่อยล้าหลังรับการเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ลดลง
2. ระดับคะแนนความรู้ที่วัดหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้น

ระยะเวลา 10 นาที

### แผนการสอน

**เรื่อง** ความเหนื่อยล้าและการฝึกบริหารแนวซิ้งสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**สถานที่สอน** ห้องจัดกิจกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

**ผู้สอน** เว็เอกหญิง อุกุมพร รูปเล็ก

**ผู้เรียน** ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**เวลาที่สอน** ประมาณ 60 นาที (แบ่งเนื้อหาการสอนเป็น 2 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที)

**วัตถุประสงค์** ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถ

1. อธิบายความหมาย สาเหตุ ผลกระทบของความเหนื่อยล้าได้
2. อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจเมื่อเกิดความเหนื่อยล้าได้
3. อธิบายและสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับ การจัดการกับความเหนื่อยล้า การพักผ่อนที่ถูกต้อง และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้
4. อธิบายถึงความหมาย ประโยชน์และสามารถปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายได้
5. อธิบายถึงความหมายการบริหารแนวซิ้งได้
6. อธิบายถึงประโยชน์ของการฝึกบริหารแนวซิ้งต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
7. อธิบายถึงผลข้างเคียงของการฝึกซิ้งและอาการที่ควรหยุดการบริหารแนวซิ้งได้
8. อธิบายถึงขั้นตอนในการฝึกบริหารแนวซิ้ง และสามารถปฏิบัติการบริหารแนวซิ้งได้อย่างถูกต้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p><b>บทนำ</b></p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉัน เรือเอกหญิง อุกุมพร รูปเล็ก นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันนี้เป็นวันแรกของการเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนอื่นดิฉัน ต้องขอกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ค่ะ เมื่อสักครู่ดิฉันได้แนะนำตัวไปแล้ว ตอนนี้ให้ท่านแนะนำตัวก่อนนะคะ</p> <p>สำหรับในช่วงแรก เราจะมาเรียนรู้กันถึง ความเหนื่อยล้า รวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในทุกๆด้านและในช่วงหลัง เราก็จะมาเรียนรู้และร่วมฝึกปฏิบัติ การบริหารแนวชีกิง ค่ะ ไม่ทราบที่ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้ามาหรือยังค่ะ แล้วพอจะบอกได้ไหมคะว่าความเหนื่อยล้ามีลักษณะอย่างไรค่ะ และเมื่อเกิดความเหนื่อยล้าแล้วมีการจัดการกับความเหนื่อยล้า อย่างไรค่ะ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>	<p>-สร้างสัมพันธ์ภาพโดยกล่าวแนะนำตนเองต่อผู้ดูแลด้วยสีหน้าที่มีรอยยิ้ม</p> <p>-แนะนำเข้าสู่บทเรียนโดยให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ผลกระทบและการปฏิบัติตัวเมื่อมีความเหนื่อยล้า ตามความคิดและความรู้ที่ผู้ดูแลมีอยู่ (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)</p>		<p>**ประเมินผลจากการสังเกต</p>



วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	สื่อการสอน	ประเมินผล
	<p><b>สรุป</b></p> <p>จากที่ได้คุยกันมาทั้งหมดข้างต้น เป็นความรู้และการฝึกบริหารแนวชีกิง ที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อก่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม สามารถลดและควบคุมอาการเหนื่อยล้าได้ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตการรับภาระผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีความสุขได้</p> <p>ไม่ทราบว่าทุกท่านเข้าใจหมดในทุกหัวข้อไหมคะ ถ้ามีข้อสงสัยอะไรก็สามารถสอบถามได้นะคะ เนื่องจากเป็นเนื้อหาที่ค่อนข้างเยอะมาก ในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้าร่วมโปรแกรม เราจะมาทบทวนความรู้ที่ได้รับไปวันนี้ อีกครั้งเพื่อให้ทุกท่านเข้าใจมากยิ่งขึ้นนะคะ และเราจะมาร่วมฝึกชีกิงกันนะคะเพื่อก่อให้เกิดความชำนาญ เพื่อให้ท่านสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านต่อไปได้นะคะ สำหรับวันนี้ ก็ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี</p>	<p>* กล่าวสรุป พร้อมทั้ง นัดหมายถึงการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งต่อไป</p>		

**คู่มือการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า ร่วมกับการ  
บริหารกาย-จิตด้วยชี่กงต่อความเหนื่อยล้า  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**



จัดทำโดย

ร.อ.หญิง อุทุมพร รูปเล็ก

นิสิตมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รศ. ดร. สุวีพร ธนศิลป์

**ความเหนื่อยล้า**

หมายถึง ความรู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อย  
หมดแรง อาจเกิดขึ้นกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือเกิดพร้อม  
กันทั่วร่างกาย และไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยกรนอนหลับพักผ่อน  
อย่างเดียว

**อาการของความเหนื่อยล้า**

- 
- 
- 
-

## สรุป

การฝึกชี่กงยังช่วยปรับสภาพจิตใจให้สมดุล สงบ ปราศจากความเครียด ทำให้คลื่นสมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งเสริมสติปัญญาความคิด ความจำ ผลของการทำงานของสมองที่ดีขึ้นร่วมกับจิตใจที่สงบ ไม่เครียด ทำให้สภาพร่างกายมีความเหนียวล้า่น้อยลง สรุปได้ว่า “ชี่กง” ส่งเสริมความมีสุขภาพที่แข็งแรง จิตใจที่ดีงาม และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขนั่นเอง

การฝึกชี่กงนั้น นอกจากที่จะมีประโยชน์ต่อร่างกายแล้วนั้นสิ่งที่สำคัญยังนำไปสู่การพัฒนาด้านจิตใจ คือมีความเข้าใจในชีวิต สามารถปรับตัวและมีความสุขได้ง่ายขึ้น ซึ่งถือว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อบุคคลที่ต้องอยู่กับการเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพราะว่า ถ้าจิตใจเป็นทุกข์ ไม่มีความสุข ก็ไม่สามารถที่จะทำให้ร่างกายแข็งแรงได้ ดังคำกล่าวที่ว่า จิตสุขกายก็สุข จิตทุกข์กายก็ทุกข์ ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือและการฝึกชี่กงจะมีประโยชน์อันสูงสุดแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรังทุกท่านค่ะ



## บันทึกการฝึก

วัน/เวลา	ฝึกหายใจ (นาที)	ฝึกชี่กง (ครั้ง/วัน)	หมายเหตุ

### ส่วนที่ 3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1.แบบประเมินความรู้เรื่องการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าและการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในช่องซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย ( X ) ในช่องที่ตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด กรุณาตอบทุกข้อโดยถือเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

เลือกตอบ ถูก เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ถูกต้อง

เลือกตอบ ผิด เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ผิด

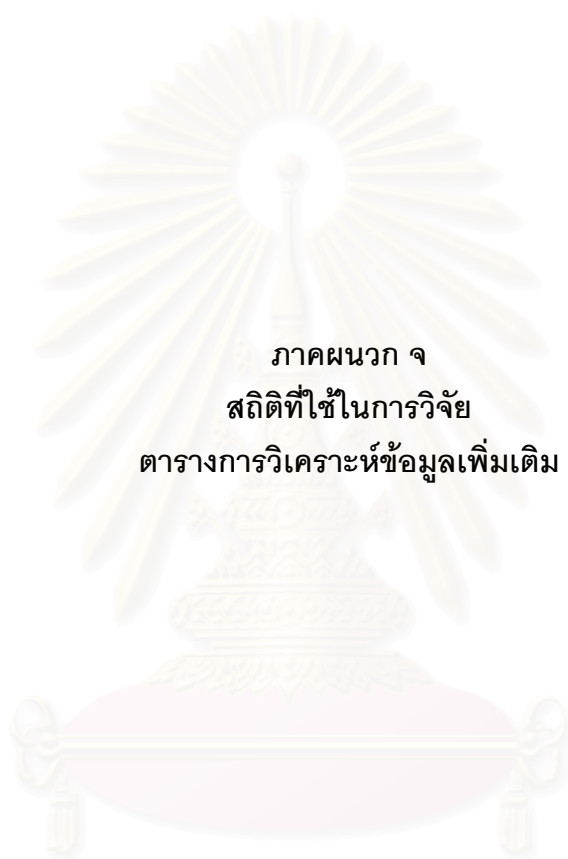
คำถาม	ถูก	ผิด
1.ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ดูแล		
2.ความเหนื่อยล้าพบได้ในทุกเพศทุกวัย		
3.การรับประทานอาหารครบทั้งห้าหมู่ โดยเฉพาะเนื้อ นม ไข่ ข้าว แป้ง จะช่วยให้ร่างกายสร้างพลังงานมากขึ้นจึงไม่เป็นความเหนื่อยล้า		
4.การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอานๆเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า		
•		
•		
•		
19.การจัดการกับอาการที่ช่วยบรรเทาความเหนื่อยล้ามี 2 วิธี ได้แก่ การใช้ยาและการไม่ใช้ยา		
20.ความเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยล้า		

## 2. แบบบันทึกการฝึก

วัน/เวลา	ฝึกหายใจ (นาที)	ฝึกชก (ครั้ง/วัน)	หมายเหตุ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก จ  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย  
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

**ส่วนที่ 1** แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าก่อนทดลองและระดับความต้องการการดูแล

**ส่วนที่ 2** การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

**ส่วนที่ 3** คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนทดลอง หลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยความเหนียวล้ำก่อนทดลองและระดับความต้องการการดูแล

ตารางที่ 10 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยความเหนียวล้ำก่อนทดลองและระดับความพิการ

คู่ที่	คะแนนเฉลี่ยความเหนียวล้ำ			
	ก่อนการทดลอง		ระดับความพิการ	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	6.23	6.05	4	4
2	5.5	5.59	3	3
3	5.45	5.27	4	4
4	5.45	5.68	4	4
5	5.23	5.32	4	4
6	5.73	5.82	4	4
7	5.45	5.32	3	3
8	5.82	5.5	4	4
9	5.59	5.5	4	4
10	5.59	5.41	3	3
11	5.36	5.41	4	4
12	5.91	5.09	4	4
13	6.27	5.77	4	4
14	5.32	7.05	4	4
15	5.36	4.77	3	3
16	5.59	5.32	4	4
17	5.32	6.91	4	4
18	5.55	5.73	4	4
19	6.05	6.18	4	4
20	4.64	4.64	3	3

**ส่วนที่ 2** การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

**ตารางที่ 11** การทดสอบการแจกแจงของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
N		20	20
Normal	Mean	5.616	5.571
Parameters(a,b)	Std. Deviation	.596	.37
Most Extreme	Absolute	.167	.178
Differences	Positive	.167	.178
	Negative	-.132	-.148
Kolmogorov-Smirnov Z		.747	.796
Asymp. Sig. (2-tailed)		.632	.551

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการแจกแจงแบบปกติ

**ส่วนที่ 3** คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนทดลอง หลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์

**ตารางแสดงที่ 12** คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซิง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนทดลอง หลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์

ผู้ดูแลผู้ป่วย คู่ที่	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	4			8 สัปดาห์		
	ก่อน	4 สัปดาห์	8 สัปดาห์	ก่อน	4 สัปดาห์	8 สัปดาห์
1	6.23	6	5.95	6.05	4.95	4.18
2	5.5	6.05	6.27	5.59	4.23	3.95
3	5.45	5.32	5.73	5.27	5.73	4.91
4	5.45	6.32	6.41	5.68	5.5	4.86
5	5.23	4.41	5.32	5.32	4.09	3.95
6	5.73	4.91	5.91	5.82	5.41	4.95
7	5.45	6.14	7.14	5.32	4.45	4
8	5.82	6.55	6.91	5.5	5.18	4.14
9	5.59	6.59	7.41	5.5	4.05	3.73
10	5.59	6.36	6.45	5.41	5.09	4.23
11	5.36	6.45	6.86	5.41	4.55	3.5
12	5.91	5.32	6.27	5.09	5	4.05
13	6.27	6.68	7.64	5.77	5.73	4.77
14	5.32	6.55	6.77	7.05	5.45	4.27
15	5.36	5.77	6.41	4.77	4.55	3.86
16	5.59	5.36	6.14	5.32	4.36	3.77
17	5.32	5.23	6.14	6.91	5.32	4.59
18	5.55	5.64	6.36	5.73	5.05	4.36
19	6.05	6.59	7.36	6.18	5.27	4.18
20	4.64	5	5.95	4.64	3.68	2.95



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

เรือเอกหญิง อุทุมพร รูปเล็ก เกิดเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2519 ที่จังหวัดสิงห์บุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลทหารเรือ กรุงเทพมหานคร เมื่อปีการศึกษา 2540 จากนั้นเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง นายทหารพยาบาล ประจำกรมแพทย์ทหารเรือ สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย