

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง
ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

นายจิราวุฒัน์ ชาญสูงเนิน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository(CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

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

Mr. Jiranuwat Chansungnoen

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการ
บริหารกาย-จิตด้วยชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล
ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

โดย

นายจิรานุวัฒน์ ชาญสูงเนิน

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรិพร ชนศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ชนศิลป์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

จิราวุฒัน ชาญสูงเนิน: ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ (THE EFFECT OF THE SYMPTOM MANAGEMENT COMBINED WITH QIGONG PROGRAM ON FATIGUE AMONG CAREGIVERS OF HEAD INJURED PATIENTS) อ. ที่ปริภษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.ดร.สุริพร รัตนศิลป์, 162 หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ต้ง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน โดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของ อายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้บาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับเดียวกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่และการพยาบาลปกติ ซึ่งโปรแกรมนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจาก แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2) การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ 3) การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน และ 4) การประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (frequency) หาค่าร้อยละ (percentage) และสถิติทดสอบที (Independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

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

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2556.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปริภษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377627036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : CAREGIVERS OF HEAD INJURY PATIENTS / FATIGUE / SYMPTOM
MANAGEMENT COMBINED WITH QIGONG PROGRAM

JIRANUWAT CHANSUNGNOEN: THE EFFECT OF THE SYMPTOM
MANAGEMENT COMBINED WITH QIGONG PROGRAM ON FATIGUE AMONG
CAREGIVERS OF HEAD INJURED PATIENTS. ADVISOR : ASSOC. PROF.
SUREEPORN THANASILP, D.N.S., 162 pp.

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

The research result concluded as follow:

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

Field of Study.....Nursing Science.....Student's Signature.....
Academic Year.....2013.....Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ชนศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ท่านได้ให้คำแนะนำ คำชี้แจงต่างๆ รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนในการวิจัยด้วยความเอาใจใส่ มีเมตตา และสนับสนุนให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นตลอดจนความรู้ที่เป็นประโยชน์ และแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ และการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข เครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ที่กรุณาให้กำลังใจ ให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ ตรัง กลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ บุคลากรพยาบาลและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์ ตรัง ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทุกท่าน ที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณนิสิตร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายวรพรชัย ชาญสูงเนิน (บิดา) นางพิชญภา ชาญสูงเนิน (มารดา) และบุคคลเป็นที่รักของผู้วิจัย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่มีส่วนช่วยเหลือให้ความห่วงใย และเป็นกำลังใจมาโดยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาเป็นอย่างดี

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในกรวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
การบาดเจ็บศีรษะ.....	13
การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของผู้ดูแล.....	20
ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.....	27
ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ.....	31
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ.....	38
แนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง.....	42
โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง.....	51
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การดำเนินการวิจัย.....	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77

	หน้า
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	78
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	89
สรุปผลการวิจัย.....	93
อภิปรายผลการวิจัย.....	93
ข้อเสนอแนะ.....	97
รายการอ้างอิง.....	99
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	112
ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย และหนังสือขอพิจารณาจริยธรรม.....	114
ภาคผนวก ค หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	121
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	130
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	146
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	152

สารบัญตาราง

ตารางที่

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ..... 81
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ การดูแล จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับความพิการ ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ..... 84
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... 85
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้าน หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 87
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้าน หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม..... 88

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่

1	แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในรูปแบบการจัดการกับอาการ.....	42
2	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	58
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังการ ทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	86

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บศีรษะถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงและพบได้บ่อยในทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้บาดเจ็บศีรษะกว่า 5 แสนคน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับบาดเจ็บอยู่ระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 20 และพบว่าผู้ป่วยประมาณ 2 แสนคนที่เสียชีวิตหรือเกิดความพิการไปตลอดชีวิต ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุทางจราจรเป็นส่วนใหญ่ (Born et al, 2003; Rowland, 1995) สำหรับในประเทศไทย สาเหตุของการบาดเจ็บมีหลายสาเหตุ เช่น อุบัติเหตุจากรถ การถูกทำร้ายร่างกายหรือใช้ความรุนแรง การตกจากที่สูง การหกล้ม อุบัติเหตุจากการกีฬาและสันทนาการ (ฤชมน วิชัยดิษฐ, 2553) ที่พบมากที่สุดพบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บด้วยอุบัติเหตุทางจราจร ซึ่งทั่วประเทศ ในปี 2550, 2551, 2552 และ 2553 มีจำนวน 79,029 ราย 71,148 ราย 61,996 ราย และ 29,064 ราย ตามลำดับ (<http://www.roadsafety.disaster.go.th>, 2555) กว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรทำให้มีการกระทบกระเทือนต่อสมอง (Phipps, Long, Woods, & Cassmeyer, 1991) ซึ่งเป็นสาเหตุการตายและเกิดความพิการที่สำคัญในวัยรุ่นหรือประชากรวัยเจริญพันธุ์ของประเทศ (สงวนสิน, 2546; Bavetta & Benjamin, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่า การบาดเจ็บศีรษะพบมากในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 – 51 ปี (วัลย์นารี พรหมลา, 2553; รุ่งนภา เชี่ยวชอ้า, 2552; ดารารัตน์ ปานดี, 2549; เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร และชนกพร จิตปัญญา, 2550; ปริมาภรณ์ นิรมล, 2548; พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2549; Hudak, Gallo & Morton, 1998; Rowland, 1995) จากสถิติโรงพยาบาลศูนย์ต้งปี 2550-2553 พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเฉลี่ยปีละ 80-100 ราย มีอัตราการรอดและพิการตลอดชีวิตร้อยละ 43 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อนได้รับบาดเจ็บศีรษะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีเมื่อได้รับบาดเจ็บ มักเกิดอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สูญเสียความสมดุลในการทรงตัว (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) มีความบกพร่องทางด้านความรู้สึก และการรับรู้ เช่น สมาธิสั้น ลืมง่าย เป็นต้น ความบกพร่องทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม พฤติกรรมการเข้าสังคมไม่เหมาะสม (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542; สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิตของผู้บาดเจ็บศีรษะ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการของตนเองได้ (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2543) จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบพึ่งพาสูงขึ้น หรือต้องการการ

ดูแลทั้งหมด อย่างต่อเนื่อง (ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ, 2543; นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ คิ้วแพง, 2540)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จะต้องมารับบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Marsh et al., 2002) ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน (วลัยนารี พรมลา, 2553; รุ่งนภา เชี่ยวชอ้า, 2552; พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุคติริ หิรัญชุนหะ, 2549; ประมาภรณ์ นิรมล, 2548; รัตนา อยู่ปลา, 2543; สุคติริ หิรัญชุนหะ, 2541; กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ, 2539) โดยผู้ดูแลจะดูแลกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมต่างๆ ทว่าไป ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเกือบ 24 ชั่วโมง จึงมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (Wantana, 2003) ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหาร, 2539) ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เกิดขึ้นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.33-5.95 อยู่ในระดับปานกลาง (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหาร, 2539; พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุคติริ หิรัญชุนหะ, 2549) การลดอาการดังกล่าวให้กับผู้ดูแล จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Carey, Oberst, McCubbin, and Hughes. 1991)

ความเหนื่อยล้า นั้น เป็นความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย ขาดพลังงานจนหมดแรง โดยความเหนื่อยล้าอาจมีสาเหตุมาจากทางด้านร่างกาย เช่น ร่างกายมีกิจกรรมหรือทำงานหนักเกินไป การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ (Piper, 1993) หรืออาจเกิดจากสาเหตุทางด้านจิตใจ เช่น เบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ มีภาวะเครียด เป็นต้น (Piper, 1993) ดังการศึกษาของ พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุคติริ หิรัญชุนหะ (2549) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีแบบแผนการนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของ นภภรณ์ แก้วภรณ์ (2533) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดเมื่อยแขนขา ไหล่ หลัง คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการประคอง อุ้ม ยก และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งจากการศึกษาของ กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ (2539) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น จำนวน 50 คน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังให้การดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นมีระดับความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง และปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้นให้เกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่ ระดับความพิการของผู้ป่วย โดยพบว่าหากระดับความพิการของผู้ป่วยมากขึ้นผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น และจำนวนชั่วโมงที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อวันหากมีจำนวนชั่วโมงที่ต้องดูแลมากขึ้นผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น เป็นต้น เมื่อผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าจะมีผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบทางร่างกาย เริ่มจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ มีอาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยบริเวณร่างกาย จากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าจะสนใจตนเอง (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุคติริ หิรัญชุนหะ, 2549; Buddhawan, 2002) รวมถึงระบบต่างๆ ภายในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีแนวโน้มที่ร่างกายเกิดการติดเชื้อ หรือมีไข้ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ เกิดภาวะที่น้ำตาลในเลือด และระดับคอเลสเตอรอล ในกระแสเลือดสูง เนื่องจากการมีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เป็นโรคต่างๆ เช่น ภูมิแพ้ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Teel et al., 2001) ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมักรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีการปรับตัวและการเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะ ทุกข์ใจ (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุคติริ หิรัญชุนหะ, 2549) และนอกจากนี้พบว่าความเหนื่อยล้าจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ การรับรู้ สูญเสียกระบวนการคิด ความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจบกพร่อง สมาธิและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน (Hubskey & Sears, 1992) และถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องจนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรังหรือเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Piper, 1993) และพบว่าผู้ดูแลมีความเครียดมากกว่าบุคคลทั่วไป (ดารารัตน์ ปานดี, 2549; พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดฉิมชัย, 2545) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีความเครียดในระดับรุนแรงที่สูงขึ้น ร่างกายจะตอบสนองด้วยการกระตุ้นการทำงานของประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) ให้มีการหลั่งฮอร์โมนเกี่ยวกับความเครียดออกมา ทำให้มีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ เมื่อพลังงานลดลง บุคคลจะรู้สึกเหนื่อยล้า (Aistars, 1987)

ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าร่างกายอ่อนแอลง รู้สึกหมดพลังเป็นอย่างมาก หลงลืม (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุคติริ หิรัญชุนหะ, 2549) ซึ่งความเหนื่อยล้า เป็นอาการหนึ่งที่พบบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยเป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก อย่างไม่มีที่สิ้นสุด ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย หรือเป็นความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกเหนื่อยจนหมดกำลังต่อทุกสภาวะ ครอบคลุมความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติ (Piper, 1993; 2003) หากผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อยเท่ากับคนสุขภาพดีทั่วไปถือว่าการเหนื่อยล้าจะเป็นกลไกที่ช่วยป้องกันอันตรายจากการทำงานหนัก ทำให้ร่างกายได้พักผ่อน ช่วยควบคุมความเครียดที่จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย (Piper et al., 1987;) ดังนั้นความเหนื่อยล้าระดับเล็กน้อยจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ความสามารถในการดูแลตนเองได้ (บรรจง คำ

หอมสกุล, 2542) แต่ในขณะที่เดียวกันหากร่างกายมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับรุนแรงที่เกิดขึ้นบ่อย และคงอยู่เป็นเวลานาน (Aistars, 1987; Piper et al., 1987) ซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประกอบกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา ขาดพลังงานจนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Piper et al., 1987; Richardson, 1996) ทำให้การทำหน้าที่บทบาทผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทางลบ และนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางอ้อม คือ เมื่อผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพช้าลงและมีคุณภาพชีวิตต่ำลงได้ในที่สุด (Carey, Oberst, McCubbin, and Hughes, 1991) ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องเข้ารับบทบาทผู้ดูแลจึงควรมีการเตรียมผู้ดูแลให้มีศักยภาพในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการกับอาการเป็นการควบคุมอาการ การลดอาการ หรือป้องกันการเกิดอาการ ถือเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งของพยาบาลตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (สภาการพยาบาล, 2528 อ้างถึงใน สุริพร ชนศิลป์, 2552) บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะช่วยลดอัตราของการเจ็บป่วย (อกันตริ กองทอง, 2544) การจัดการกับอาการต้องมุ่งเน้นการปรับประสบการณ์ กล่าวคือ ปรับการรับรู้ การประเมินและตอบสนองต่ออาการ และปรับกลวิธีในการจัดการกับอาการให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้อาการรุนแรงลดลง หรือป้องกันการเกิดอาการ (Dodd et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้นผู้ดูแลมีการดูแลตนเองเพื่อจัดการความเหนื่อยล้าตามความเชื่อหรือประสบการณ์เดิมที่เกิดขึ้นในอดีตหรือจากคำแนะนำของบุคคลอื่นมาใช้จัดการกับอาการของตน และพบว่าวิธีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเลือกใช้ส่วนใหญ่คือ การพักผ่อนนอนหลับ โดยพบมากถึงร้อยละ 86.7 และบางกลุ่มมีการจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยการใช้ยานอนหลับและการงีบหลับ เบี่ยงเบนความสนใจ การใช้เวลาในการทำกิจกรรมลดลง รวมถึงการส่งเสริมทางด้านโภชนาการ เป็นการจัดการกับอาการอย่างหนึ่งซึ่งช่วยลดความเหนื่อยล้าได้ (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุคติรี หิรัญชุนหะ, 2549; Richardson & Ream 1997; Piper, 2003) แต่จากการศึกษาของ Richardson และ Ream (1997) พบว่ากลวิธีในการดูแลตนเองดังกล่าว ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ทั้งหมด ดังนั้นบุคลากรในทีมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเหนื่อยล้า รวมถึงการเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ข้อมูล ความรู้ และกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุคติรี หิรัญชุนหะ, 2549)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลักฐานเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการกับความเหนื่อยล้า เช่น การให้ความรู้ การออกกำลังกาย การชี่เนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกาย ส่งเสริมให้แนวโน้มความเหนื่อยล้าลดลง (จิราภรณ์ บุตรทอง, 2551; รัชนิกร ใจคำสืบ, 2549; อกันตรี กองทอง, 2544) และนอกจากนี้ยังพบว่าการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง ช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ (วัชรวรรณ จันท์อินทร์, 2549; กรกฎ สุวรรณอักษรเดชา และสุริพร ธนศิลป์, 2551, ขวา เรียนรมย์ และสุริพร ธนศิลป์, 2552) ซึ่งการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง เป็นการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน เน้นการเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลาย และการปฏิบัติสมาธิ และการกำกับการหายใจ เพื่อเพิ่มพลังชีวิต ทำให้เกิดผลต่อจิตใจ คือ ทำให้จิตใจสงบ สมานระหว่างการศึกษาจะทำให้สมองปลอดโปร่ง ช่วยในการไหลเวียนของโลหิต การทำงานของหัวใจลดลง ความดันเลือดลดลง ทำให้กระดูกกล้ามเนื้อแข็งแรง การหายใจช้าลง ความต้องการออกซิเจนและอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง เกิดความสมดุลในร่างกาย (สุริพร ธนศิลป์, 2552; Tang, 1994) และนอกจากนี้การบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง ยังช่วยเพิ่มการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย ช่วยลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในกระแสเลือด ทำให้ระดับความเครียดที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดความเหนื่อยล้าลดลง เพราะว่าการปฏิบัติชี่กงจะทำให้มีการเพิ่มการผลิต Endorphin hormone ออกมามากขึ้น ซึ่ง Endorphin มีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาทส่งผลกระทบต่อ Operate receptor ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ดังนั้นเมื่อความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงจะทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลงได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2547; Liang, 1997; Ryu, Jun & Lee, 1996) สามารถใช้ได้ดีทั้งบุคคลที่มีสุขภาพดีและผู้เจ็บป่วย การบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงที่จะได้ผลดีต่อร่างกายและจิตใจต้องใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ขึ้นไป (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

จะเห็นได้ว่าความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่พบได้บ่อยของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และพบว่ามียารงานการศึกษาเกี่ยวกับการนำโปรแกรมการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงมาใช้ในการลดความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเอง โดยบูรณาการจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง ของ เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับโปรแกรมฯ น่าจะมีความเหนื่อยล้าน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะการพยาบาลตามปกติ ส่งผลให้ร้ารงบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

คำถามการวิจัย

ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นอาการที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและรบกวนความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า คือปัจจัยด้านจำนวนชั่วโมงที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อวัน ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องคอยดูแลผู้ป่วยเกือบตลอด 24 ชั่วโมง (Kopachon, 2002; กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ, 2539; พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2549) รวมถึงการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ, 2539) และจากการศึกษาของ สุดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางคืน มีอาการปวดหลัง ปวดเอว จากการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นภภรณ์ แก้วภรณ์ (2533) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยแขนขา ไหล่ หลัง คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการประคอง อุ้ม ยก และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยด้านสภาพจิตใจของผู้ดูแล การที่ผู้ดูแลต้องมารับบทบาทในฐานะผู้ดูแล โดยไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีดูแลผู้ป่วย จะเกิดความคลุมเครือหรือขัดแย้งในบทบาท ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดที่มากและยาวนานร่วมกับการใช้พลังงานมาก จากการที่รับภาระในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ นอกเหนือจากหน้าที่เดิมที่มีอยู่แล้ว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ, 2539; Lim, Hong, Nelesen & Dimsdale, 2005)

การศึกษาในครั้งนี้ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า คือ ลดปัจจัยเกี่ยวกับสภาพจิตใจของผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ดูแล โดยกลวิธีที่ใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในการวิจัยครั้งนี้ คือ การให้ความรู้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ชัดเจน ถูกต้องเหมาะสม จะทำให้ผู้ดูแลมีการดูแลตนเองเพื่อขจัดความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความรู้ สามารถส่งเสริมให้แนวโน้มความเหนื่อยล้าลดลง (จิราภรณ์ บุตรทอง, 2551; รัชนิกร ใจคำสีบ, 2549; อกันตริ กองทอง, 2544) การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไม่เคยได้รับการอบรมหรือได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 75 (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2549) ซึ่งสิ่งที่ญาติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องการในการดูแลผู้ป่วยคือ ต้องการได้รับการฝึกทักษะในด้านการให้อาหารและน้ำ ทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทางปากแต่ยังมีปัญหาเรื่องการกลืน และต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื่องการดูแลทำความสะอาดร่างกาย และการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2552) จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง เป็นการเคลื่อนไหวของแขน ร่วมกับการหายใจแบบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องกระตุ้นกระบังลม ก่อให้เกิดความผ่อนคลาย ส่งเสริมความเข้มแข็งของจิตใจ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545) ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอ มีการรับรู้ที่ถูกต้อง ตลอดจนมีกลวิธีเหมาะสมในการปฏิบัติเพื่อเผชิญและป้องกันความเหนื่อยล้า เป็นการป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ ซึ่งการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001)

Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการต้องมุ่งจัดการทั้งสาเหตุและอาการไปพร้อมๆ กัน การจัดการกับอาการเป็นบทบาทหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของผู้ดูแลในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่ตามมา พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญ ซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับผิดชอบกับการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนอกจากนี้การจัดการกับอาการจะมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้นอยู่กับความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง เพื่อเป็นโปรแกรมที่ใช้ในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาลในการจัดการกับอาการ โดยบูรณาการแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงของ เทอดศักดิ์ เดชคง (2545)

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) กล่าวถึงแนวคิดที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experience) โดยประสบการณ์การมีอาการของ

ผู้ดูแลประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินผลของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของอาการ โดยค่อยๆ ให้ผู้ดูแลตระหนักรู้ จนกระทั่ง สามารถให้ความหมายและความสัมพันธ์ของสาเหตุของอาการจนเกิดเป็นความเข้าใจ ซึ่งเมื่อผู้ดูแล เข้าใจในสิ่งเหล่านี้ทำให้สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบทบาท ของพยาบาลคือ การทำความเข้าใจกับประสบการณ์การมีอาการ โดยการรับฟังและสอบถามจาก ผู้ดูแลในมุมมองและการรับรู้ของตัวเอง 2) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) มีเป้าหมายเพื่อป้องกันในการเกิดผลลัพธ์ทางด้านลบ หรือเป็นการชะลอ ผลลัพธ์ทางด้านลบให้เกิดขึ้นให้มากที่สุด โดยใช้กลวิธีในการดูแลตนเองโดยพยาบาลจะให้ความรู้ที่ ถูกต้องในการสนับสนุนด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งการจัดการ กับอาการเป็นกระบวนการไม่หยุดนิ่งและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา 3) ผลลัพธ์จากอาการ (Symptom outcome) ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการ จัดการกับอาการ

การบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง เป็นการเพิ่มพลังให้จิตวิญญาณแก่ผู้ปฏิบัติ เน้นการเคลื่อนไหว ร่างกาย การผ่อนคลาย การปฏิบัติสมาธิ และการกำกับความหายใจ เพื่อเพิ่มพลังชีวิต ทำให้เกิดผลต่อ จิตใจ คือ ทำให้จิตใจสงบ สมาธิระหว่างการฝึกจะทำให้สมองปลอดโปร่ง ช่วยในการไหลเวียนของ โลหิต การทำงานของหัวใจลดลง ความดันเลือดลดลง ทำให้กระดูกกล้ามเนื้อแข็งแรง การหายใจช้า ลง ความต้องการออกซิเจนและอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง เกิดความสมดุลในร่างกาย (สุริพร ธน ศิลป์, 2552; Tang, 1994) นอกจากนี้การบริหารกาย-จิตด้วยซิงกงยังทำให้ระบบทางเดินอาหารและ ลำไส้ทำงานได้ดี ช่วยให้ร่างกายมีการดูดซึมสารอาหารและสร้างพลังงานมากขึ้น จึงทำให้ไม่เกิด ความเหนื่อยล้าและยังเป็นการฝึกจิตใจให้เกิดสมาธิ สงบ พร้อมกับการเคลื่อนไหวและการหายใจ ก่อให้เกิดความผ่อนคลาย ลักษณะเช่นนี้ทำให้ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานเด่นขึ้น และทำ ให้เกิดการขยายของหลอดเลือดฝอยส่วนปลาย การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง อัตราการเต้นของ หัวใจช้าลง ความดันโลหิตลดลง ส่งเสริมความเข้มแข็งของจิตใจ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545) ทำให้ อาการเหนื่อยล้าลดลง

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย- จิตด้วยซิงกง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะมีความสามารถในการดูแลตนเอง มีกลวิธีการจัดการ กับอาการเป็นแนวทางบรรเทาอาการได้ด้วยตนเอง มีความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจ และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง สามารถดูแลตนเองในการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการเติมเต็มส่วนที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะยังขาด อยู่ สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและการดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ต่อเนื่อง

ซึ่งโปรแกรมฯประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและ
 ประสิทธิภาพการรับรู้ของผู้ดูแล ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ ขั้นตอนที่
 3 การจัดการกับอาการด้วยตนเองที่บ้าน และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ
 ร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการ
 พยาบาลตามปกติ

2. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการ
 ร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการ
 พยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของ
 โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล
 ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อายุระหว่าง 20-59 ปี ซึ่งเป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง เป็นผู้ดูแล
 หลักของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุทางจราจร ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย
 ศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศูนย์ศรีนครินทร์ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง
 ได้รับการพยาบาลตามปกติและ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก
 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2556 ถึงวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2556

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก

ตัวแปรตาม คือ ความเหนื่อยล้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้ม
 สมอง เนื้อสมอง หลอดเลือดสมองและเส้นประสาทสมอง ใดๆใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน
 ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุจราจร โดยไม่มีการบาดเจ็บที่อวัยวะส่วนอื่นๆ ของร่างกายร่วมด้วย

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง บุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่
 สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง ที่ให้การดูแลผู้ป่วย

บาดเจ็บศีรษะมากที่สุดที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกอ่อนเพลีย อิดโรย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรงของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งครอบคลุมมิติ 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยฯ ซึ่งมีผลต่อระดับความรุนแรงของความเหนื่อยล้าและผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการทำงานและการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมว่ามีผลกระทบในระดับใด

2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยฯ ที่มีต่อลักษณะของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับตนว่าความเหนื่อยล้านั้นเป็นอย่างไร ปกติหรือผิดปกติ เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษ เป็นสิ่งที่พอใจหรือไม่พอใจ

3) ด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยฯ ที่มีต่อตนเองว่ามีความแข็งแรง มีพลังกำลัง มีความสดชื่น มีชีวิตชีวาอยู่ในระดับใด

4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วยฯ ที่มีต่อตนเองว่ามีความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ หรือมีความสามารถที่จะมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper และคณะ (1998) ฉบับภาษาไทยโดย อุทุมพร รูปเล็ก (2549)

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่สร้างเพื่อลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เป็นกิจกรรมอย่างมีแบบแผนปฏิบัติเป็นรายบุคคล เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล

เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตนเอง จากนั้นประเมินความต้องการความรู้ สาเหตุ ผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเอง

และการใช้การบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล จากนั้นเริ่มสัมภาษณ์กลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและของผู้ป่วย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึกร่างกายต่างๆ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ

2.1 การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล การบริหารกาย-จิตด้วยซิ้งต่อการลดความเหนื่อยล้า และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือ และเปิดโอกาสให้ซักถาม

2.2 การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย

2.2.1 การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสอนพร้อมสาธิตการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การบริหารจัดการเวลาในการดูแล การให้อาหารและน้ำ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้าย การป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง และการสังเกตอาการของผู้ป่วยที่ควรกลับไปพบแพทย์ โดยแนะนำผู้ดูแลทำการฝึกปฏิบัติและสาธิตย้อนกลับจนกว่าจะทำได้สำเร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความรู้สึกในการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย และช่วยหาแนวทางแก้ไข

2.2.2 การบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง ผู้วิจัยสอนพร้อมสาธิตในการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง ประกอบด้วย 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวงอก ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า และท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา โดยแนะนำผู้ดูแลทำการฝึกด้วยการมีสมาธิตามการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับลมหายใจ ยึดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง นุ่มนวล และการยืดขยายออกจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลฝึกไปพร้อมๆ กับผู้วิจัยที่ละท่า และให้ฝึกสาธิตย้อนกลับจนกว่าจะฝึกได้สำเร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความรู้สึกในการฝึก ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย และช่วยหาแนวทางแก้ไข และมอบสื่อวีดิทัศน์ คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน

ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลปฏิบัติการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง และบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง ด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการนำความรู้ในเรื่องการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง ไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัยร่วมกับประเมินว่าผู้ดูแลปฏิบัติได้ผลอย่างไร และสม่ำเสมอหรือไม่ ติดตามผู้ดูแลเพื่อสอบถาม

ปัญหาและการจัดการอาการ ทางโทรศัพท์และพบผู้ดูแลในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด และจากการบันทึกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลประจำการ ปฏิบัติกับผู้บาดเจ็บศีรษะและผู้ดูแล คือ การให้ข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย การป้องกันการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เป็นการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยใช้แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพยาบาล สามารถนำเอาผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาบทบาทและความสามารถของพยาบาลในการพัฒนาการพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีการนำความรู้จากการวิจัยรองรับ เพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้

2. ด้านการศึกษา สามารถนำเอาผลการวิจัยเป็นการให้ความรู้แก่พยาบาลประจำการ และนักศึกษาพยาบาลให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้

3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า พัฒนาการวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและขยายผลไปสู่กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ ดังนี้

1. การบาดเจ็บศีรษะ
2. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของผู้ดูแล
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
4. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ
6. แนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง
7. โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การบาดเจ็บศีรษะ

1.1 ความหมายการบาดเจ็บศีรษะ

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีข้อกำหนดทางคลินิกดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ จัดว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ คือ มีประวัติถูกกระทบกระแทกที่ศีรษะ มีบาดแผลลักษณะของหนังศีรษะหรือหน้าผาก มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวหลังจากได้รับบาดเจ็บ (Jennett and Teasdale, 1981)

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บใดๆ ก็ตามที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและหรือกระดูกใบหน้า หรือเนื้อสมอง (Hickey, 1992 อ้างถึงใน จริยา กฤติวารณ, 2546)

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การที่ศีรษะได้รับแรงกระทบกระเทือนจากแรงกระทบใดๆ ก่อให้เกิดการทำลาย หรือการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพสมองและเส้นเลือดของสมอง ทำให้เกิดการบาดเจ็บทั่วๆ ไปต่อเนื้อเยื่อสมองส่วนสีขาว (White matter) มีการยึดอย่างรุนแรงหรือฉีกขาดของ Axon หรือมีการทำลายลุกลามไปถึงส่วนของก้านสมอง ทำให้สมองส่วน Reticular formation system ไม่สามารถรับและส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองใหญ่ส่วนเปลือกสมอง

(Cerebral cortex) ได้ตามปกติ อันตรายจากการบาดเจ็บของสมองดังกล่าวส่งผลให้มีปัญหาด้านการฟื้นฟูสภาพ คือ ผู้ป่วยมีอาการไม่รู้สึกรู้ตัว มีการตอบสนองต่อสิ่งมากระตุ้นไม่เหมาะสม ไม่คงที่ ไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีทิศทาง (นงนภัศ พันธุ์แจ่ม, 2549)

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ส่วนต่างๆ ของศีรษะ ซึ่งได้แก่ หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง หลอดเลือดสมองและเส้นประสาทสมอง อย่างไรก็ตามอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บสมองเกิดความผิดปกติ มีความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัว มีความบกพร่องในด้านร่างกาย ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านพฤติกรรม (ศรีนยา ฉันทะปริดา, 2549)

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากการมีแรงมากระทำกับศีรษะจนทำให้เกิดการบาดเจ็บขึ้น ส่วนผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุใดๆ ก็ตาม ข้อใดข้อหนึ่งที่มีประวัติศีรษะถูกกระแทกแน่นอน ตรวจพบว่ามึนเมาผิดปกติที่หนังศีรษะหรือหน้าผาก มีการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัว แม้เพียงชั่วขณะ และอาจพบการบาดเจ็บที่ใบหน้า เช่น บาดแผลฉีกขาดที่ใบหน้า กระดูกหน้าแตก มีวัตถุแปลกปลอมเข้าไปในตา หู จมูก หรือมีเลือดกำเดาไหล ร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะได้ (จุลินทร ศรีโพนพัน, 2552)

การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจทำให้หรือไม่มีมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว อาจเป็นเพียงการบาดเจ็บภายนอก เช่น หนังศีรษะบวมช้ำ เป็นแผล หรือส่งผลกระทบต่อระดับความรู้สึกตัว สติสัมปชัญญะ ความรู้สึกนึกคิด จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม (ฤชมน วิชัยดิษฐ 2553)

สรุป การบาดเจ็บศีรษะ หมายถึง การบาดเจ็บที่มีต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายๆ ก่อให้เกิดการทำลาย หรือการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของสมอง เส้นเลือดของสมองและเส้นประสาทสมอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระดับความรู้สึกตัว สติสัมปชัญญะ ความรู้สึกนึกคิด จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม

1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บศีรษะ

แบ่งออกได้เป็นสาเหตุใหญ่ๆ 2 สาเหตุ คือ สาเหตุจากอุบัติเหตุทางจราจร และสาเหตุที่ไม่ใช่ทางจราจร ดังนี้

1.2.1 อุบัติเหตุทางจราจร ได้แก่ อุบัติเหตุจากรถยนต์ รถจักรยานยนต์ เป็นต้น ซึ่งอุบัติเหตุทางจราจรนั้นเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บศีรษะ (ฤชมน วิชัยดิษฐ,

2553) โดยประเทศไทยพบว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บด้วยอุบัติเหตุทางจราจร ซึ่งทั่วประเทศ ในปี 2550, 2551, 2552 และ 2553 มีจำนวน 79,029 ราย 71,148 ราย 61,996 ราย และ 29,064 ราย ตามลำดับ (<http://www.roadsafety.disaster.go.th>, 2555)

1.2.2 อุบัติเหตุที่ไม่ใช่ทางจราจร ได้แก่ ตกจากที่สูง หกล้ม ถูกทำร้ายร่างกายหรือใช้ความรุนแรงในครอบครัว อุบัติเหตุจากการกีฬาและการสันทนาการ และจากภัยธรรมชาติ (ฤชมน วิชัยดิษฐ, 2553)

1.3 กลไกการบาดเจ็บศีรษะ แบ่งออกเป็น 2 แบบ ดังต่อไปนี้

1.3.1 การบาดเจ็บโดยตรง (Direct injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง มี 2 ชนิด (ฤชมน วิชัยดิษฐ, 2553; ทิพพาพร ตั้งอำนาจ, 2541) คือ

1. บาดเจ็บขณะศีรษะอยู่นิ่ง (Static head injury) หมายถึง การได้รับบาดเจ็บขณะศีรษะไม่มีการเคลื่อนไหว เช่น มีวัตถุหล่นใส่ศีรษะ ถูกตี ถูกยิง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นพยาธิสภาพเฉพาะที่ เช่น หัวโน หนองศีรษะนิกขาด แต่ถ้าถูกตีด้วยวัตถุใหญ่หรือวัตถุที่มีความเร็วสูง จะทำให้สมองสั่นสะเทือนอย่างรุนแรง อาจมีเยื่อหุ้มสมองนิกขาด สมองบวมซ้ำ เลือดออกในสมอง

2. บาดเจ็บขณะศีรษะมีการเคลื่อนไหว (Dynamic head injury) หมายถึง การบาดเจ็บที่ศีรษะมีการเคลื่อนไหว อาจเป็นการเพิ่มความเร็ว หรือการลดความเร็ว เช่น ขับรถด้วยความเร็วสูงชนเสาไฟฟ้า ทำให้รถหยุดกะทันหัน เมื่อศีรษะกระทบของแข็ง จะทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้น ซึ่งมักมีการแตกตัวของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย และแรงกระแทกทำให้ศีรษะเหวี่ยงกลับ ทำให้เกิดพยาธิสภาพด้านตรงข้ามด้วย ตัวอย่างการบาดเจ็บ เช่น กะโหลกแตก ร้าว สมองบวมซ้ำ เลือดออกในสมอง

1.3.2 การบาดเจ็บโดยอ้อม (Indirect injury) (ฤชมน วิชัยดิษฐ, 2553) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกาย แล้วมีผลสะท้อนทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูง ก้นกระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระแทกลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตราย ต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรง หรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็ว การบาดเจ็บลักษณะนี้ ไม่มีบาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ

1.4 พยาธิสรีรวิทยาการบาดเจ็บศีรษะ (ฤชมน วิชัยดิษฐ, 2553)

เมื่อศีรษะได้รับบาดเจ็บ ทำให้หนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และสมอง ได้รับอันตรายแตกต่างกันไป โดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการได้รับบาดเจ็บ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.4.1 บาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรก (Primary head injuries) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทันทีที่มีแรงกระทบต่ออวัยวะชั้นต่างๆ ของศีรษะ อาการและอาการแสดง ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและตำแหน่งของสมองที่ได้รับบาดเจ็บ ดังนี้

1. หนังศีรษะ (Scalp) เป็นชั้นที่มีหน้าที่ช่วยป้องกัน และลดอันตรายที่จะเกิดกับกะโหลกศีรษะและสมอง บาดแผลที่เกิดบริเวณหนังศีรษะมีลักษณะต่างๆ เช่น บวมช้ำ ถลอก ฉีกขาด กระจุกกระจิก

2. กะโหลกศีรษะ (Skull) ประกอบด้วย กระดูกหลายชิ้นเชื่อมกันสนิท ในผู้ใหญ่ไม่สามารถยืดขยายได้ ยกเว้นเด็กที่รอยต่อของกระดูกยังไม่เชื่อมติดกัน การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมีลักษณะดังนี้ กะโหลกแตกร้าวเป็นแนว (Linear skull fracture) กะโหลกแตกร้าวบริเวณฐาน (Basilar skull fracture) กะโหลกแตกยุบ (Depressed skull fracture)

3. สมองช้ำ (Cerebral contusion) และสมองฉีกขาด (brain laceration) พบได้ในขณะที่ได้รับบาดเจ็บนั้นศีรษะหยุดนิ่งหรือในขณะที่ศีรษะมีการเคลื่อนไหว สมองบริเวณที่ถูกกระแทกจากภายนอก (coup injury) และสมองตรงข้ามกับบริเวณที่ถูกกระแทก (contra coup injury) ถูกทำลาย มีผลทำให้อาการเลวลงเนื่องจากสมองขาดออกซิเจน การรับรู้สติลดลงหรือหมดสติ ปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นอัมพาตชั่วคราว การหายใจผิดปกติ รูม่านตาและการกลอกตาผิดปกติ เป็นต้น

1.4.2 บาดเจ็บศีรษะระยะที่สอง (Secondary expanding lesion) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังจากการบาดเจ็บศีรษะระยะแรกโดยใช้ระยะเวลาเป็นนาที ชั่วโมงหรือเป็นวัน โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีภาวะสมองขาดออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น และมีเส้นเลือดในสมองมีการหดเกร็ง มีการตกเลือดร่วมกับมีก้อนเลือดนำไปสู่การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสมอง และ/หรือ เนื้อเยื่อสมองตาย การบาดเจ็บระยะนี้แบ่งตามตำแหน่งที่เกิดและผลกระทบที่ได้รับ ดังนี้

1. เลือดออกในสมอง (Intracranial hemorrhage) แบ่งตามตำแหน่งที่เลือดออก และปริมาณเลือดออก ดังนี้ การตกเลือดเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดูราแบบเฉียบพลัน (Acute epidural hematoma) การตกเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (subdural hematoma) แบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ การตกเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราชนิดเฉียบพลัน (Acute subdural hematoma) การตกเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราชนิดกึ่งเฉียบพลัน (Subacute subdural hematoma) การตกเลือดใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดูราชนิดเรื้อรัง (Chronic subdural hematoma) Intracerebral hematoma มีเลือดออกในสมอง เกิดร่วมกับการช้ำของสมองส่วนผิวหนัง เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงที่แตกแขนงออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของเนื้อเยื่อ

2. สมองบวม (Cerebral edema) เป็นภาวะที่สมองเพิ่มปริมาณเนื่องจากภาวะบวมน้ำ ภายหลังจากบาดเจ็บศีรษะ

3. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased intracranial pressure) เป็นภาวะที่คุกคามชีวิต เพราะทำให้เกิดสมองบวมและสมองเคลื่อนที่ตามมา ซึ่งมี Ventricular fluid pressure ประมาณ 15 mmHg. หรือ 200 mmH₂O. ขึ้นไป เป็นภาวะที่พบได้บ่อยหลังจากบาดเจ็บศีรษะ

4. ภาวะสมองเคลื่อน (Brain displacement) เป็นภาวะที่เนื้อสมองเคลื่อนสู่บริเวณอื่นที่ไม่ใช่ตำแหน่งที่ตั้งตามปกติ ภายหลังจากไม่สามารถปรับสมดุลภายในกะโหลกศีรษะต่อไป เนื่องจากมีเลือดหรือสิ่งกีดขวาง (Space occupying lesion) สมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ทำให้เบียดเนื้อสมองจนเคลื่อนสู่ช่องเปิดภายในและภายนอกกะโหลกศีรษะตามตำแหน่งต่างๆ คือ บริเวณใต้รอยแบ่งกึ่งกลางระหว่างสมองใหญ่ 2 ซีก บริเวณช่องว่างระหว่างเทนนทอเรียม (Tentorial notch) และบริเวณช่องใต้กะโหลก (Foramen magnum)

1.5 ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ

การแบ่งระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะเป็นส่วนสำคัญต่อการรักษาและการพยากรณ์โรค การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ ต้องทำตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ โดยใช้ Glasgow Coma Scale ซึ่งเป็นแบบการประเมินระดับความรู้สึกตัว โดยประเมินจากพฤติกรรม 3 ด้าน คือ ด้านการลืมตา ด้านการพูด และด้านการเคลื่อนไหว (Wright, 2005; Lehman, 2003) มีการให้คะแนนในแต่ละด้านดังนี้

ด้านการลืมตา (Eye Opening)

ลืมตาได้เอง	ให้ 4 คะแนน
ลืมตาเมื่อเรียก	ให้ 3 คะแนน
ลืมตาเมื่อเจ็บ	ให้ 2 คะแนน
ไม่ลืมตาเลย	ให้ 1 คะแนน

ด้านการพูด (Verbal Response)

พูดคุยได้ไม่สับสน	ให้ 5 คะแนน
พูดคุยได้แต่สับสน	ให้ 4 คะแนน
พูดคุยเป็นคำๆ	ให้ 3 คะแนน
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูด	ให้ 2 คะแนน
ไม่ออกเสียงเลย	ให้ 1 คะแนน

ด้านการเคลื่อนไหว (Motor Response)

ทำตามคำสั่งได้	ให้ 6 คะแนน
ทราบ ตำแหน่งที่เจ็บ	ให้ 5 คะแนน
ชักแขนขาหนี	ให้ 4 คะแนน
แขนงอเมื่อเจ็บ	ให้ 3 คะแนน
แขนเหยียดเกร็ง	ให้ 2 คะแนน
ไม่เคลื่อนไหวเลย	ให้ 1 คะแนน

ซึ่งมีการแบ่งระดับของการบาดเจ็บ ดังนี้

การบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย (Mild or minor head injury) มีระดับ Glasgow coma scale ตั้งแต่ 13-15 คะแนน เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดี สามารถลืมตาได้เอง หรือเมื่อถูกเรียก ทำตามคำสั่ง ตอบคำถามได้ถูกต้องทันที อาจมีประวัติการหมดสติชั่วคราวหลังได้รับการบาดเจ็บ

การบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลาง (Moderate head injury) มีระดับ Glasgow coma scale ตั้งแต่ 9-12 คะแนน เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลาง ผู้ป่วยมึนงง รู้สึกตัวลดลง และสับสน มีอาการหลับเกือบตลอดวัน ตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด ทำตามคำสั่งหรือตอบคำถามง่ายได้ถูกต้อง โดยใช้เวลานานกว่าปกติ อาจมีการเคลื่อนไหวหนีความเจ็บปวด หรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด และมักมีประวัติหมดสติหลังได้รับบาดเจ็บ

การบาดเจ็บศีรษะระดับรุนแรง (Severe head injury) มีระดับ Glasgow coma scale ตั้งแต่ 3-8 คะแนน เป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวน้อยมาก หรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งใดๆ ทั้งสิ้น อาจเคลื่อนไหวแขนขาหนี หรืองอ หรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลย

1.6 ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความรุนแรงแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ หากมีการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยความพิการที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสรุปได้เป็น 4 ระดับ ใช้แนวทางการพยากรณ์ผลกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett และ Bond (1975) ดังนี้

1.6.1 ไม่มี ความพิการ ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

1.6.2 มีความพิการเล็กน้อย (mild disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ถึงแม้จะพบความพิการหลงเหลืออยู่

1.6.3 มีความพิการในระดับปานกลาง (moderate disability) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสั้น ไม่รู้กาลเวลา บุคคล สถานที่ ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่พึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพางานบางส่วน ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือเข้าสังคมได้เช่นเดิม

1.6.4 มีความพิการในระดับรุนแรง (severe disability) ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว อาจมีการตอบสนองหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น พึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน

1.7 ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะต่อผู้ป่วย

1.7.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย เมื่อได้รับบาดเจ็บศีรษะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของสมอง ทำให้ร่างกายสูญเสียการทำงาน เกิดความผิดปกติทางด้านร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกระดูกเคลื่อนไหวก กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง (Meythaler, McCary, & Hadley, 1997) มีพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (ฟาริดา, 2542; สงวนสิน, 2546) ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ระบบปัสสาวะ และระบบผิวหนัง (ประภัสสร ปิ่นจารัตน์, 2542) และยังก่อให้เกิดผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ นอกจากนี้การบาดเจ็บที่รุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการควบคุมเกี่ยวกับ อุณหภูมิ ชีพจร การหายใจ (Smeltzer, Bear, Hinkle, & Cheever, 2008) และผู้ป่วยมักมีอาการอื่นๆ เช่น อาการชัก โดยพบในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง (Hudak et al., 1998; Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) และมักพบความพิการหลงเหลืออยู่มากที่สุด (Hickey, 2003)

1.7.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เมื่อได้รับบาดเจ็บศีรษะ ทำให้เกิดพยาธิสภาพที่สมอง มีความบกพร่องทางด้านความรู้สึก และการรับรู้ เช่น สมาธิสั้น ลืมง่าย ความบกพร่องทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย มีภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการเข้าสังคมไม่เหมาะสม (ฟาริดา, 2542; สงวนสิน, 2546) และยังพบว่า มีอาการสับสน บางครั้งจำอะไรไม่ได้ การรับรู้ความรู้สึกและสติปัญญาลดลง ทำให้ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นไม่เหมาะสม (Los Angeles Caregiver Resource Center, 2004) ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านจิตสังคม รวมถึงด้านอารมณ์ โดยการที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกมีปมด้อย เป็นภาระของผู้อื่น ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตนเอง ไม่เข้าสังคม และนอกจากนี้พบว่า

ภายหลังการรักษาผู้ป่วยยังหลงเหลือความพิการ หรืออยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังอย่างมาต้วตาย (พิไลรัตน์ ทองอุไร, 2542)

จะเห็นได้ว่าผลของการบาดเจ็บศีรษะก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤติ (นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง, 2541) เมื่อพ้นจากสภาวะดังกล่าว ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานาน กลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และต้องการการดูแลแบบพึ่งพาสูง (ประณีต ส่องวัฒนา และคณะ, 2543)

2. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของผู้ดูแล

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแล เนื่องจากการบาดเจ็บศีรษะนั้นส่งผลให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงมีความจำเป็นอย่างมาในการพึ่งพาผู้ดูแล

2.1 การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะของผู้ดูแล

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในแต่ละคนมีการดูแลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ศุคศิริ หิรัญชุนหะ, 2541) โดยระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความรุนแรงแตกต่างกัน หากมีการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง ผู้ป่วยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ โดยความพิการที่พบในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสรุปได้เป็น 4 ระดับ ใช้แนวคิดการพยากรณ์ผลกลาสโก (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett และ Bond (1975) ดังนี้ 1) ไม่มี ความพิการ 2) มีความพิการเล็กน้อย (mild disability) ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ถึงแม้จะพบความพิการหลงเหลืออยู่ 3) มีความพิการในระดับปานกลาง (moderate disability) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสั้น ไม่รู้กาลเวลา บุคคล สถานที่ ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่พึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาบางส่วน ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือเข้าสังคมได้เช่นเดิม และ 4) มีความพิการในระดับรุนแรง (severe disability) ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว อาจมีการตอบสนองหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน ซึ่งระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะข้างต้นเป็นตัวประเมินระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ, 2539)

2.2 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างเพื่อการดำรงชีวิตและรักษาภาวะสมดุลของการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยที่บุคคลทุกคนมีความต้องการที่จะคงสถานะสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคม แต่บางครั้งความต้องการของบุคคลก็ไม่สามารถตอบสนองได้ด้วยตนเอง ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากผู้ดูแลมีดังนี้

2.2.1 ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ การเคลื่อนไหว การขับถ่าย ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นมากที่สุด เพื่อต้องการตอบสนองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และเกิดก่อนความต้องการในด้านอื่น ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยอาจมีปัญหาเรื่องของการเคี้ยว การกลืน และการบาดเจ็บศีรษะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้ต้องใช้พลังงานมากขึ้น (Hickey, 2003) นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ จากการบาดเจ็บส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสน ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ หรือบางรายผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการการดูแลให้การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะให้เป็นไปอย่างปกติ เพื่อรักษาสมดุลของน้ำและสารน้ำในร่างกาย และพบว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการ อ่อนแรง จึงไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การเกิดแผลกดทับ การเหี่ยวลีบของแขนขา เป็นต้น ดังนั้นควรมีการดูแลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวสามารถช่วยเหลือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยได้ รวมถึงเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กล้ามเนื้อและข้อต่อมีการเคลื่อนไหวเพื่อช่วยให้ร่างกายสามารถกลับมาทำงานได้ใกล้เคียงเหมือนภาวะปกติมากที่สุด และความต้องการการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บเป็นความต้องการของผู้ป่วยอย่างหนึ่งเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีการสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว มีการทรงตัวไม่ดี หรือบางครั้งจากการที่ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองโดยการพยายามเคลื่อนไหวร่างกาย อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บได้ มีความต้องการการดูแลให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยมากที่สุด (จิริรัตน์ รักวิธรรม, 2543; รัมภ์รดา อินทร, 2539)

2.2.2 ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการด้านความรัก ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ซึ่งเป็นความต้องการที่อยากจะให้บุคคลในครอบครัว มารักและห่วงใย เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม อารมณ์และสังคม จึงทำให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง โดยเดียว ทำให้ผู้ป่วยต้องการความรัก ความเห็นอกเห็นใจ และต้องการการยอมรับจากครอบครัวและบุคคลอื่นๆ เพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น (เพ็ญจันทร์ ประคัน मुख, 2542)

และนอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการการยอมรับนับถือ ความต้องการตระหนักในคุณค่าของตนเอง ความสามารถ ความภาคภูมิใจ ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการที่อยากให้ตนเองยังมีความสำคัญต่อสังคม แต่จากการบาดเจ็บศีรษะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง (Barry, 2002)

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความต้องการการดูแลในด้านต่างๆ มากมาย บุคคลในครอบครัวจึงต้องรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่างๆ ทางด้านร่างกายให้กลับมาทำงานได้ใกล้เคียงเหมือนภาวะปกติมากที่สุดและด้านจิตใจ ให้ผู้ป่วยมีอ้อมโนทัศน์ที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.3 การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสำหรับผู้ดูแล

2.3.1 การบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ดูแล ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และยังมีเวลาส่วนตัวเพื่อพักผ่อนหย่อนใจได้ตามอัธยาศัย ประกอบด้วย

1. วางแผนในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในแต่ละวัน
2. จัดสรรเวลาของตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและเหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
3. เตรียมอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เช่น อุปกรณ์ให้อาหารและน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลความสะอาดร่างกาย เป็นต้น เพื่อให้ใช้ได้สะดวกรวดเร็ว
4. จัดเวลาให้เหมาะสมในการจัดการกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยเรียงลำดับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน เช่น หลังจากตื่นนอน การดูแลทำความสะอาดร่างกาย จากนั้นดูแลเรื่องการให้อาหารและน้ำ ดูแลเกี่ยวกับการบริหารกล้ามเนื้อกระดูกและข้อเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง ดูแลการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
5. ใช้เวลาในแต่ละกิจกรรมไม่นานนัก และลงมือปฏิบัติทันที จะทำให้การบริหารจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรวดเร็วขึ้น
6. ปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะด้วยความสบายใจ สร้างความสุขให้กับตนเองเพื่อเสริมสร้างพลังจิตใจให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.2 ทักษะการให้อาหารและน้ำทางสายให้อาหาร (สุปาณี เสนาดิสัย และมณี อภา นันทิกุล, 2552) ปฏิบัติดังนี้

อุปกรณ์เครื่องใช้ ประกอบด้วย อาหารเหลว กระบอกฉีดยาหัวโต ขนาด 50 ซีซี น้ำดื่ม และถ้วยสะอาด

วิธีการปฏิบัติ

1. เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ให้พร้อม อุณหภูมิของอาหารเหลวให้อุณหภูมิเท่ากับหรือใกล้เคียงกับอุณหภูมิห้อง
2. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือจัดท่าให้ศีรษะสูง 30-45 องศา
3. ล้างมือให้สะอาด เปิดจุกที่ปิดสายให้อาหาร
4. พับสายแล้วต่อกับกระบอกฉีดยาแล้วปล่อยสายที่พับไว้ ออก
5. ทดสอบว่าสายให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่ โดยดูของเหลวที่อยู่ในกระเพาะอาหาร ซึ่งอาจได้น้ำคั่งหลัง หรืออาหารที่ค้าง แสดงว่าสายให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหาร หากมีอาหารค้างอยู่ในกระเพาะอาหารในปริมาณ 100 ซีซี ขึ้นไปให้เลื่อนอาหารมือนั้นออกไปประมาณ 1 ชั่วโมง แต่ถ้าหากอาหารที่ดูออกมาน้อยกว่า 100 ซีซี สามารถให้อาหารมือนั้นได้เลย
6. ปลดกระบอกฉีดยาออกจากสายให้อาหาร แล้วนำกระบอกดูดสูบลอก ใช้เฉพาะกระบอกด้านนอกต่อกับสายให้อาหาร
7. พับสายให้อาหารไว้เพื่ออาหารที่เตรียมในกระบอกฉีดยาประมาณ 50 ซีซี
8. ยกกระบอกฉีดยาให้สูงเหนือส่วนจมูกผู้ป่วยประมาณ 30 ซม. ปล่อยสายให้อาหารที่พับไว้ ออกเพื่อให้อาหารไหลผ่านลงตามสายช้าๆ เมื่ออาหารใกล้หมดจากกระบอกฉีดยา ค่อยๆ เติมหาอาหารโดยลดระดับกระบอกฉีดยาลงแล้วพับสายให้อาหาร เติมหาอาหารปล่อยสาย แล้วยกกระบอกฉีดยาขึ้นสูงตามเดิม ทำไปเรื่อยๆ จนครบจำนวนที่กำหนดไว้ เมื่อให้อาหารจนครบ เติมน้ำดื่มประมาณ 50-100 ซีซี แล้วปล่อยให้น้ำไหลผ่านจนหมด เป็นการล้างสายด้วย ปิดปลายสายให้อาหารด้วยจุกปิด
9. ให้ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะนอนในท่าศีรษะสูง 30-45 องศา อย่างน้อยประมาณ 1/2 ชั่วโมง
10. นำชุดให้อาหารไปล้างทำความสะอาด แล้วแขวนไว้ให้แห้ง

2.3.3 ทักษะการทำความสะอาดร่างกาย (สุปาณี เสนาคิสัย และมณี อากานันท์กุล, 2552) ปฏิบัติดังนี้

อุปกรณ์เครื่องใช้ ประกอบด้วย แปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ 1 ใบ น้ำสะอาด ผ้าเช็ดปาก เป็นอน ผ้าเช็ดปาก อ่างน้ำ 2 ใบ ใสน้ำ 1/2 - 3/4 ของอ่าง น้ำ สบู่ก้อนหรือสบู่เหลว แชมพูสระผม หวี ผ้าถูตัว 2 ผืน ผ้าเช็ดตัว สำหรับเช็ดตัวให้แห้ง 1 ผืน แป้ง สาลี 2 ก้อน เสื้อผ้าชุดใหม่ 1 ชุด ถูมือสะอาด ขันและถังน้ำ อย่างละ 1 ใบ

วิธีการปฏิบัติ

1. เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ให้เรียบร้อย สวมถุงมือ
2. ทำความสะอาดภายในช่องปาก ดังนี้
 - เลื่อนตัวผู้ป่วยมาใกล้ขอบเตียง คลุมผ้าเช็ดตัวบริเวณหน้าอก และวางชั้นน้ำไว้ข้างแก้ม ให้ผู้ป่วยกลั้วปากด้วยน้ำสะอาด บ้วนปากลงในชั้นข้างแก้มผู้ป่วย
 - บีบยาสีฟันลงบนแปรงสีฟัน เทน้ำให้เปียกเล็กน้อย วางแปรงสีฟันเป็นมุม 45 องศา กับโคนฟัน ถ้าแปรงฟันบนให้แปรงลงและแปรงขึ้นถ้าแปรงฟันล่าง
 - กลั้วปากด้วยน้ำสะอาดและล้างแปรงสีฟันให้สะอาด
3. สระผมให้ผู้ป่วย ดังนี้
 - จัดให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน ให้นอนทแยงกับเตียง ให้ศีรษะอยู่ริมเตียง วางแผ่นยางสำหรับสระผมรองศีรษะให้แนบกับต้นคอ เพื่อป้องกันน้ำไหลเปียกเบื่อนที่นอน นำสำลีอุดหูทั้ง 2 ข้างคลุมผ้าเช็ดตัวบริเวณหน้าอก ใช้หวีสางผมให้ทั่วศีรษะ ถ้าผมยุ่งพันกันมากให้ลูบด้วยน้ำก่อน
 - ให้ผู้ป่วยปิดตา หรือใช้ผ้าอุดหูบ้วนน้ำบิดพอหมาดปิดตาผู้ป่วยเบาๆ ตักน้ำเทราดลงบนผมของผู้ป่วยจากด้านหน้าไปด้านหลัง ให้เปียกทั่วศีรษะ
 - เทแชมพูสระผมลงบนฝ่ามือ ลูบลงบนเส้นผมให้ทั่ว ขยี้ให้เป็นฟอง สระผมและนวดให้ทั่วศีรษะ
 - ราดน้ำสะอาดให้ทั่วจนฟองแชมพูบนศีรษะผู้ป่วยออกหมด นำผ้าเช็ดตัวที่คลุมบริเวณหน้าอกผู้ป่วยมาเช็ดผมให้แห้ง หวีผมให้เรียบร้อย ปลดผ้าข้างออกในถังรองรับน้ำทิ้ง
4. การอาบน้ำผู้ป่วย
 - ใช้ผ้าอุดหูบ้วนน้ำบิดพอหมาด พับผ้ากับมือให้เรียบร้อย เช็ดบริเวณใบหน้า ใช้ผ้าอุดหูอีกฝั่งหนึ่งชุบน้ำถูกับสบู่จนเกิดฟอง เช็ดบริเวณใบหน้าจนสะอาด ยกเว้นตา เช็ดด้วยน้ำสะอาดจนหมดสบู่ แล้วใช้ผ้าเช็ดตัวซับให้แห้ง
 - เช็ดคอและท้อง ใช้ผ้าอุดหูบ้วนน้ำสะอาดบิดพอหมาด เช็ดบริเวณอกและท้องพอเปียก ใช้ผ้าอุดหูที่มีสบู่ฟอกให้ทั่ว เช็ดด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้ง
 - เช็ดแขน นำผ้าเช็ดตัว รองใต้แขน ด้านใกล้ตัวก่อน เช็ดแขน รักแร้ ด้วยผ้าชุบน้ำพอหมาด ฟอกสบู่ แล้วเช็ดด้วยน้ำจนสะอาด ซับให้แห้ง และเช็ดแขนด้านใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกัน

- ล้างมือ โดยนำอ่างน้ำมาวางข้างตัวผู้ป่วยบริเวณเอว โดยมีผ้าเช็ดตัวปูรองอ่าง แขน่มือผู้ป่วยในอ่างน้ำ ใช้ผ้าถูตัวฟอกสบู่ ล้างซอกนิ้วและเล็บจนสะอาด ซับให้แห้ง และทำอีกข้างด้วยวิธีเดียวกัน จากนั้นเปลี่ยนน้ำในอ่างทั้ง 2 ใบ

- เช็ดขา โดยนำผ้าเช็ดตัว รองใต้ขา เช็ดขาด้วยผ้าชุบน้ำพอหมาด ฟอกสบู่บริเวณขาจนถึงขาหนีบ แล้วเช็ดด้วยน้ำจนสะอาด ซับให้แห้ง และเช็ดขาด้านใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกัน

- ล้างเท้า ให้ผู้ป่วยงอเข่าตั้งขา โดยมีผ้าเช็ดตัวปูรองอ่าง แขน่เท้าในอ่างที่ละข้าง ใช้ผ้าถูตัวฟอกสบู่ ล้างซอกนิ้วและเล็บจนสะอาด ซับให้แห้ง และทำอีกข้างด้วยวิธีเดียวกัน จากนั้นเปลี่ยนน้ำในอ่างทั้ง 2 ใบ

- พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเข้าหาผู้ดูแล เช็ดหลัง โดยปูผ้าเช็ดตัวตามแนวยาว แนบหลังและคอ เช็ดหลังและต้นคอด้วยผ้าชุบน้ำพอหมาด ฟอกสบู่ เช็ดด้วยน้ำจนสะอาด ซับให้แห้งทาแป้งให้ทั่วหลัง

5. การชำระอวัยวะสืบพันธุ์ นำสบู่ฟอกให้เป็นฟองแล้วทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้สะอาด ล้างน้ำเปล่าจนสะอาด แล้วซับให้แห้ง

6. การสวมเสื้อผ้าให้ผู้ป่วย สวมแขนเสื้อด้านบนก่อน พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยให้นอนหงาย ทาแป้งบริเวณอกและท้อง สวมแขนเสื้ออีกข้าง และสวมกางเกงให้เรียบร้อย จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าสุขสบาย

2.3.4 ทักษะการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง เป็นการบริหารข้อและกล้ามเนื้อ จุดมุ่งหมายเพื่อ ป้องกันข้อติด ลดการเกร็ง ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด ให้กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยมีผู้ดูแลช่วยเหลือ มีรูปแบบของกิจกรรม ดังนี้

1. การช่วยเคลื่อนไหวข้อไหล่ ให้ผู้ป่วยนอนหงายตัวตรง นอนใกล้ทางริมเตียงด้านที่ผู้ดูแลยืนอยู่ ไม่หนุนหมอน เท้าชิดกัน แขนวางแนบลำตัว ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ใช้มือข้างหนึ่งจับเหนือข้อศอก มืออีกข้างหนึ่งจับข้อมือหรือข้อศอกผู้ป่วยไว้ ยกแขนให้เหยียดตรงชี้ไปทางเพดาน ค่อยๆ โน้มแขนขึ้นไปทางศีรษะ จนกระทั่งตึงหรือเจ็บ จึงนำแขนกลับมาวางที่เดิม

2. การช่วยเคลื่อนไหวข้อศอก ใช้มือข้างหนึ่งจับบริเวณข้อมือและฝ่ามือ งอข้อศอกขึ้นให้ปลายนิ้วชี้ไปทางไหล่ เหยียดข้อศอกให้ตรง

3. การช่วยเคลื่อนไหวข้อมือ ใช้มือข้างหนึ่งจับปลายแขนไว้เหนือข้อมือให้อยู่หนึ่ง มืออีกข้างหนึ่งจับมือผู้ป่วยกระดกข้อมือขึ้นและกระดกลง กระดกข้อมือมาทางด้านนิ้วหัวแม่มือและกระดกข้อมือมาทางนิ้วก้อย

4. การช่วยเคลื่อนไหวนิ้วมือ ใช้มือข้างหนึ่งจับข้อมือผู้ป่วยไว้ อีกมือหนึ่งงอนิ้วมือผู้ป่วย แล้วเหยียดนิ้วมือทุกนิ้ว ใช้มือทั้งสองจับนิ้วมือผู้ป่วยแยกจากกันและชิดกัน หมุนหัวแม่มือเป็นวงกลม และจบลงด้วยนำหัวแม่มือไปแตะกับนิ้วก้อย

5. การช่วยเคลื่อนไหวข้อตะโพก ใช้มือหนึ่งพยุงขาผู้ป่วยให้ข้อเท้าอยู่บริเวณต้นแขนของผู้ดูแล ใช้มืออีกข้างหนึ่งจับที่เข่าผู้ป่วยไว้แล้วงอเข่าและตะโพกขึ้นไปทางหน้าอก จะทำให้ข้อเข่าและข้อตะโพกงอ แล้วเหยียดออกกลับที่เดิม แล้วแยกขาผู้ป่วยกางออก แล้วหุบกลับมาที่เดิม จากนั้นใช้มือหนึ่งจับบนเข่าอีกมือหนึ่งจับบนข้อเท้าหมุนเข่าข้างใน แล้วหมุนขาออก

6. การช่วยเคลื่อนไหวข้อเข่า สอดมือข้างหนึ่งไว้ใต้เข่าและอีกข้างหนึ่งได้สันเท้า ยกขาขึ้นให้เข่างอพับเล็กน้อยโน้มขาไปด้านศีรษะในขณะที่เข่างอพับอยู่ โน้มไปให้มากที่สุดที่จะทำได้ เหยียดขาให้อยู่แนวตรง วางกับที่นอน จะสังเกตได้ว่าข้อตะโพกได้เคลื่อนไหวด้วยในขณะที่ช่วยให้ข้อเข่าเคลื่อนไหว

7. การช่วยเคลื่อนไหวข้อเท้า ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้มือหนึ่งจับข้อเท้า อีกมือหนึ่งบิดเท้าออกข้างนอกไปทางนิ้วก้อยแล้วบิดเท้าเข้าข้างในไปทางหัวแม่เท้า จากนั้นให้กระดูกเท้าขึ้นไปทางด้านหลังเท้าและกระดูกเท้าลง

8. การช่วยเคลื่อนไหวนิ้วเท้า ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้มือข้างหนึ่งจับเท้าผู้ป่วย มืออีกข้างหนึ่งจับนิ้วงอและเหยียดนิ้วออก ใช้มือทั้งหมดกางนิ้วเท้าออกแล้วหุบเข้าทุกนิ้ว

2.3.5 ทักษะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจะต้องได้รับความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล (สุปาณี เสนาดิสัย และมณี อากานันท์กุล, 2552) โดยมีหลักในการเคลื่อนย้าย ดังนี้

1. จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหงายราบอยู่ในท่าที่สบายก่อนที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
2. ผู้ดูแลหันหน้าเข้าหาผู้ป่วยและไปในทิศทางที่จะเคลื่อนย้าย
3. ยืนในท่าที่ถูกต้องและมั่นคง โดยมีวิธียืนที่ถูกต้อง คือ
 - ยืนแยกเท้าทั้ง 2 ข้างห่างกันพอสมควร และเฉียงปลายเท้าไปตามทิศทางที่ต้องการเคลื่อนย้าย และอยู่ในสมดุลเมื่อต้องการเคลื่อนไปทางหัวเตียงหรือปลายเตียง
 - ยืนหลังตรง ป้องกันการปวดหลัง
 - ยืนย่อเข่าและสะโพก และหาวิธีที่เหมาะสมเพื่อผ่อนแรงในการยกหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย คือ อยู่ใกล้ผู้ป่วยมากที่สุด ยกตัวผู้ป่วยให้พ้นจากพื้นเล็กน้อยเพื่อลดแรงเสียดทาน

2.3.6 การสังเกตอาการที่ควรกลับไปพบแพทย์ ดังนี้ ว่างซึมมากกว่าเดิม หรือไม่รู้สึกตัวหมดสติ กระสับกระส่ายมาก พูดลำบาก หรือมีอาการชักกระตุก กำลังของแขน ขาลดน้อยลง

กว่าเค็ม ซึ่พจรเต้นช้ามาก มีไข้สูงปวดตบๆในลูกตา คลื่นไส้มากอาเจียนติดต่อกันหลายๆครั้ง ปวดศีรษะรุนแรงโดยไม่ทุเลา มีน้ำใสหรือน้ำใสปนเลือด ออกจากหู จมูกหรือไหลลงคอ ปวดต้นคอ ก้มคอลำบาก วิงเวียนศีรษะมาก หรือมองเห็นภาพพร่า

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

3.1 ความหมายของผู้ดูแล (Caregiver) หรือผู้ดูแลที่บ้าน (Informal Caregiver)

ผู้ดูแล มาจากภาษาอังกฤษที่พบบ่อย เช่น “Carer” หรือ “Caregiver” หรือ “Informal Care” ผู้ดูแลแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ กลุ่มที่มาจากสถานพยาบาล หรือผ่านการฝึกฝนมาก่อน และได้รับค่าตอบแทน เรียกว่า “Formal care” ส่วนอีกกลุ่มเป็นผู้ดูแลที่ไม่เคยผ่านการฝึกฝนมาก่อน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมง มักพบที่มีความสัมพันธ์กันแบบ 1 ต่อ 1 และไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก สำนึกในบุญคุณ หรือหน้าที่ที่จะต้องดูแล เรียกว่า “Informal Caregiver” หรือ “Carer” ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง บุคคลกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับความเครียดที่สูงกว่า จึงได้รับความสนใจเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือมากกว่ากลุ่มอื่น (Twigg, 1992 อ้างถึงใน อุทุมพร รูปเล็ก, 2549)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บิดามารดา บุตรหรือญาติพี่น้อง ไม่นับรวมถึงผู้รับจ้างดูแลที่ให้การช่วยเหลือหรือทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เรื่องความเป็นอยู่และช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต (ศรีนยา ฉันทะปริดา, 2549)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนและเป็นการดูแลผู้ป่วยเป็นรายแรก (จริยา กฤติยววรรณ, 2546)

โดยสรุป ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วย ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่น้อง มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน

3.2 ประเภทของผู้ดูแล

ประเภทของผู้ดูแลได้มีการจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแล (ปิยรัตน์ ดวงสิน, 2545) ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล การป้อนอาหาร การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดบาดแผล การขยับถ่าย จัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ ตลอดเวลา

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรือสังคม จัดการเกี่ยวข้อกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรือกิจกรรมการดูแลโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2546) แบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลที่เป็นทางการ หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากวิชาชีพหรือเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลมาก่อนและได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล รวมทั้งผู้ดูแลที่ได้รับจ้างมาจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่เคยได้รับการอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานเกิน 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยแบบหนึ่งต่อหนึ่ง และที่สำคัญไม่ได้รับค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณ หรือหน้าที่ซึ่งอาจเนื่องมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรสหรือครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย

สรุปลักษณะสำคัญของผู้ดูแล คือ เป็นบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ คู่สมรส หรือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่น้อง มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด และที่สำคัญไม่ได้รับค่าตอบแทน

3.3 ผลกระทบของการบาดเจ็บศีรษะที่มีต่อผู้ดูแล

การบาดเจ็บศีรษะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง ทำให้มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือพึ่งพาจากบุคคลอื่นให้เข้ามารับ

บทบาทเป็นผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งสมาชิกในครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยนั้นย่อมเกิดผลกระทบต่อด้านร่างกายและด้านจิตใจ (ยุพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2546; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546) ดังนี้

3.3.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา จึงได้รับการพักผ่อนน้อย หรือพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย คือ ระบบต่างๆ ภายในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น มีแนวโน้มที่ร่างกายเกิดการติดเชื้อ หรือมีไข้ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ เกิดภาวะที่น้ำตาลในเลือด และระดับคอเรสเตอรอลในกระแสเลือดสูง เนื่องจากการมีภาวะเครียดเพิ่มขึ้น ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เป็นโรคต่างๆ เช่น ภูมิแพ้ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (Teel et al., 2001) และยังพบว่าผู้ดูแลมีอาการ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดเมื่อยทั่วร่างกาย ปวดเข่า (Buddhawan, 2002)

3.3.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะเวลาแรกที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ เพราะเนื่องจากการบาดเจ็บส่วนใหญ่อุบัติเหตุ เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน และเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลสูง (Halm, 1990; Reider, 1994) โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 72 ชั่วโมงแรกของการบาดเจ็บ (Tracy, Fowler, & Magarelli, 1999) และจากการศึกษาของ พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุดศิริ หิรัญชุนหะ (2549) พบว่าผู้ดูแลมักรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการที่ผู้ดูแลมีการปรับตัวและการเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะ ทุกข์ใจ และเกิดความเครียดในระดับสูงที่มากกว่าบุคคลทั่วไป (คารารัตน์ ปานดี, 2549; ขวัญตา บาลทิพย์, สาลี เถลิมวรรณพงศ์, ลัพณา กิจรุ่งโรจน์ และศิริวรรณ พิริยคุณธร, 2546; พรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนัดวณิชย์, 2545) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลมีความเครียดในระดับรุนแรงที่สูงขึ้น ผู้ดูแลอาจรู้สึกถูกคุกคาม ท้อแท้ เกิดความเบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ (Halm, 1990) ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี อาจเกิดพฤติกรรมถอยหนีเหตุการณ์ (ช่อลดา พันธุเสนา, 2536 อ้างถึงใน ชบา เรียนรัมย์, 2551)

3.4 ภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

เมื่อสมาชิกในครอบครัวได้รับบาดเจ็บศีรษะ สมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวจะต้องมารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ต้องสูญเสียเวลาและพลังงานไปกับการดูแลผู้ป่วยมากกว่าการทำกิจกรรมอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่

สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองตามปกติ จึงต้องการการตอบสนองในการดูแลค่อนข้างมากจากผู้ดูแล ทำให้กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลมากขึ้นเช่นกัน จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีรูปแบบการดำเนินชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลงไป สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกผูกติดกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นห่วงต่อการดูแลผู้ป่วย รู้สึกขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยได้ (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ, 2539; Goldstein, 1981) นอกจากนั้นจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันมีผลต่อความเหนื่อยล้าด้วยเช่นกัน (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ, 2539) ซึ่งหากผู้ดูแลต้องเผชิญกับความขัดแย้ง สับสน และความเหนื่อยล้า โดยไม่ได้รับการแก้ไข ส่งผลต่อความสุขสมบูรณ์ของผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระที่หนักเกิน ท้ายที่สุดจะนำมาซึ่งการทอดทิ้งผู้ป่วยได้ (สุคติรี หิรัญชอุณหะ, 2541)

3.5 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหา และได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแล ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแล โดยการพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีดังนี้

3.5.1 การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ในด้านพยาธิของโรค แนวทางการรักษา การดูแลและวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย อธิบายให้เข้าใจถึงปัจจัยที่เพิ่มความเครียดกับผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อไปยังผู้ป่วย แนะนำวิธีการปรับสภาพด้านจิตใจขณะให้การดูแลผู้ป่วย การจัดบริการเพื่อช่วยเหลือให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การให้คำปรึกษาเพื่อสนับสนุนให้กำลังใจ ทำให้เข้าใจอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแล มีเจตคติที่ดีเพราะการดูแลผู้ที่ตนรักทำให้ปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เครียด ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการดูแลที่ดีในบ้าน

3.5.2 ร่วมมือกับญาติในการประเมินหรือคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมจะทำหน้าที่ผู้ดูแล จัดหาหรือส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

3.5.3 แนะนำแหล่งประโยชน์ของหน่วยงานราชการหรือเอกชน เพื่อให้มีการปรับตัว และมีกิจกรรมร่วมกันกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลายบ้าง

3.5.4 พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ดูแลเกิดพลังอำนาจต่อพัฒนาศกยภาพของตนเองในการดูแล โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบคอยช่วยเหลือ ดูแล ติดตาม ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ดูแลเป็นระยะ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลเพิ่มมากยิ่งขึ้น

3.5.6 จัดให้มีการช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระของผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ จะมีความรู้สึกที่โศกเศร้าและมีอารมณ์ซึมเศร้า พยายามควรเป็นสื่อกลางในการสร้างความเข้าใจ กับสมาชิกในครอบครัว

3.5.7 ช่วยประสานแหล่งประโยชน์ในโรงพยาบาล และแหล่งประโยชน์ อื่นๆ ที่มีอยู่ในชุมชน ให้มีประสิทธิภาพ เช่น แบบชั่วคราว การบริการดูแลที่บ้าน พยาบาลเยี่ยม บ้าน โครงการส่งต่อผู้ป่วย และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

3.5.8 แนะนำผู้ดูแลให้ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติตัว ที่จะนำไปสู่ ความสุขในการเป็นผู้ดูแล

ซึ่งจากการศึกษาของ National Family Caregiver Association U.S.A (2005) ได้ สรุปแนวทางในการปฏิบัติตัวของผู้ดูแล ดังนี้ การวางแผนการดูแล การฝึกฝนทักษะในการดูแลจาก แหล่งประโยชน์ ลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลเอาใจใส่ในแต่ละวันให้ลุล่วง พัฒนาแนวทางการปฏิบัติ และวางแผนรับมือกับเหตุการณ์เฉพาะหน้า ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ดูแลสุขภาพของตนเอง ให้แข็งแรง พักผ่อน รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หาเวลาว่าง สร้างความเชื่อมั่น และเปลี่ยน ความคิดเห็นและระบายความรู้สึกกับผู้อื่น

4. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

4.1 ความหมายของความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อดโรย ขาดพลังงาน อาจมีความผิดปกติด้านพฤติกรรม ความรู้สึก การรับรู้ สติปัญญาและอารมณ์ ร่วมด้วย เช่น มีความตึงเครียด สมาธิและความสนใจลดลง ง่วงนอนตลอดเวลา ความสามารถในการทำงานลดลง ไม่อยากมีกิจกรรมใดๆ เป็นต้น (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ, 2539)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง การรับรู้ ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ คือ บุคคลรับรู้ได้ด้วยตนเอง และจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้ โดยการรับรู้ดังกล่าว ขึ้นอยู่กับความรุนแรง และระยะเวลาของการเกิดความเหนื่อยล้า นั้น โดยการประเมินความเหนื่อย ล้าตามการรับรู้ได้ด้วยตนเอง 4 มิติ คือ 1) มิติด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ซึ่งประกอบได้ด้วยผลกระทบของความเหนื่อยล้าต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า คือ การให้ความหมายของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นทั้งต่อ ร่างกายและจิตใจ 3) ด้านความรู้สึกของความเหนื่อยล้า ที่มีผลต่อตนเองทางด้านร่างกายและจิตใจ 4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์และการประเมินความเหนื่อยล้าจากอาการแสดงที่ผู้อื่นสังเกตเห็นจะ ประเมินได้จาก ทางกายภาพ ชีวเคมี และพฤติกรรมการแสดงออก (Piper และคณะ, 1998)

ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความรู้สึกของการรับรู้ว่ามีอาการที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายเกิดขึ้น ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั่วร่างกายโดยเริ่มจากความเหน็ดเหนื่อยจนถึงรู้สึกหมดแรง ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะต่างๆ ของร่างกายจนส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรตามปกติของบุคคล (Ream และ Richardson, 2002)

โดยสรุป ความเหนื่อยล้า หมายถึง ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย อิดโรย ขาดพลังงานจนถึงหมดแรงของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งครอบคลุมมิติ 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านความคิดเห็น/เจตคติ ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญาและอารมณ์

4.2 การประเมินความเหนื่อยล้า

การประเมินเพื่อค้นหาความเหนื่อยล้าต้องทำการประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาวะอารมณ์ มีการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลทางด้านความรู้สึกของผู้ป่วย (Subjective data) และข้อมูลจากการตรวจและสังเกต (Objective data) รวมถึงการซักประวัติจากญาติ เนื่องจากบางครั้งพบว่าสมาชิกในครอบครัวรับรู้ความเหนื่อยล้าได้เร็วกว่าตัวผู้เหนื่อยล้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าไว้หลายลักษณะ โดยสร้างจากคุณลักษณะ (Characteristics) ของความเหนื่อยล้าต่างๆ และพบว่าการสร้างเครื่องมือในการประเมินความเหนื่อยล้าจะมีลักษณะเช่นไร ขึ้นอยู่กับแนวคิดของความเหนื่อยล้าที่ผู้ทำการศึกษานั้นสนใจ โดยแบ่งเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าได้ 2 ประเภทใหญ่ คือ

4.2.1 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต (Objective data) เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากพฤติกรรมหรือการแสดงออกซึ่งผู้ประเมินสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนจากผู้ถูกประเมิน ได้แก่ พฤติกรรมง่วงนอนตลอดเวลา มีความสนใจและแรงจูงใจลดลง หงุดหงิด ไม่สนใจเรื่องต่างๆ แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกต ได้แก่

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของโรเทิน (Rhoten, 1982 cited in Piper, 1989) มีลักษณะเป็นมาตราวัดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale : NRS) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 มีข้อความ 1 ข้อ ใช้ประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้า โดยมีลักษณะข้อความเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0 – 10 เป็นการสังเกตพฤติกรรมจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อความเหนื่อยล้า ใน 5 ด้าน คือ ลักษณะทั่วไป สิว การติดต่อสื่อสาร กิจกรรมการแสดงออก และทัศนคติ และส่วนที่ 2 จะเป็นแบบสังเกต (Observation checklist) ซึ่งแบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ไม่ได้ทำการทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือนี้ไว้

4.2.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของบุคคล (Subjective data) เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของผู้ที่เกิดความเหนื่อยล้าเอง ซึ่งประเมินจากการรับรู้ความรู้สึก หรือจากประสบการณ์ที่ได้รับมา แบบประเมินที่ได้รับการยอมรับได้แก่

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของแทค (The Multidimensional Assessment of Fatigue: MAF) เป็นแบบวัดความรู้สึกและความรุนแรงของความเหนื่อยล้าที่บุคคลประสบมาแล้ว 1 สัปดาห์ มีลักษณะประมาณค่าด้วยสายตา (Visual Analog scale for Fatigue) ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม โดยวัดความเหนื่อยล้าใน 5 ด้าน ดังนี้ ด้านความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ระดับของความเหนื่อยล้า ระยะเวลาของความเหนื่อยล้า ความทุกข์ทรมานจากความเหนื่อยล้า และผลกระทบในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากความเหนื่อยล้า และได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 133 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .93

แบบประเมินความเหนื่อยล้าของแม็คแนร์และคณะ เป็นเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าที่สร้างโดย แม็คแนร์ และคณะ เมื่อปี 1981 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แต่ละข้อความมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 5 ประเมินใน 6 ด้านคือ ความซึมเศร้า (depression) ความเครียด (tension) ความโกรธ (anger) ความสับสน (confusion) ความเหนื่อยล้า (fatigue) และความแข็งแรง (vigor) แม็คแนร์และคณะได้นำเครื่องมือไปหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74 - .91 (Redeker et al., 2000)

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

Piper สร้างเครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าขึ้นในปี ค.ศ.1987 ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 41 ข้อและปรับปรุงเครื่องมือในปี ค.ศ. 1998 โดยใช้วิธี factor Analysis (Cronbach's alpha เท่ากับ .97) ได้เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าฉบับปรับปรุง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 22 ข้อ ใช้เพื่อประเมินรูปแบบความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในหลายทิศทาง ตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective perception) ซึ่งประเมินความเหนื่อยล้า 4 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสติปัญญาและความนึกคิด เครื่องมือประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ ฉบับปรับปรุง มีลักษณะการใช้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric scale) โดยปลายสุดทางซ้ายมือ ตรงกับตำแหน่งของตัวเลข 0 ซึ่งหมายถึง ไม่เลย ส่วนทาง

ด้านขวาศูด ตรงกับตำแหน่งของตัวเลข 10 ซึ่งหมายถึง มากที่สุด การประเมินระดับความเหนื่อยล้า มีคะแนนตั้งแต่ 0-220 คะแนน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่รวบรวมมาได้มาหารด้วยจำนวน ข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ จะได้คะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้า โดยที่คะแนนมากหมายถึงมีความเหนื่อยล้ามาก ส่วนคะแนนน้อยหมายถึงมีความเหนื่อยล้า น้อย โดย Piper แบ่งระดับความเหนื่อยล้า ออกเป็น 4 ระดับ (Piper, 2003) ดังนี้

ไม่มีความเหนื่อยล้า	=	0
เหนื่อยล้าเล็กน้อย	=	0.01 - 3.99
เหนื่อยล้าปานกลาง	=	4.00 – 6.99
และเหนื่อยล้ามาก	=	7.00 – 10.00

ซึ่งเพียงใจ คาโลปการ (2545) แปลเป็นภาษาไทยจากไปเปอร์ (Piper และ คณะ 1998) นำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 30 ราย ที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbacch's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ .97 ส่วนความเชื่อมั่นรายด้าน พบว่า ความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรม/ความรุนแรงเท่ากับ .96 ด้านการรับรู้ความหมายเท่ากับ .89 ด้านความรู้สึก เท่ากับ .84 และด้านสติปัญญา/อารมณ์ เท่ากับ .94 และอุทุมพร รูปเล็ก (2549) ได้ปรับปรุงข้อคำถามจากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของเพียงใจ คาโลปการ (2545) ให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbacch's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม เท่ากับ .90

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper และคณะ (1998) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีความสามารถในการประเมินความเหนื่อยล้า จากการรับรู้และความรู้สึกต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลเองได้อย่างครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และการให้ความหมายของความเหนื่อยล้าตามการรับรู้ ได้มีการนำมาใช้การอย่างแพร่หลายและได้ค่าความเที่ยงในระดับสูงมาก คืออยู่ระหว่าง .91-.99 (Berger, 1998; Richardson และคณะ. 1998; Woo และคณะ, 1998; ปิยวรรณ ปฤษฎานุกรงสี, 2544) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ Piper ในการศึกษาครั้งนี้

4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีผลต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยที่สำคัญมีดังนี้ (Piper, 2003)

4.3.1 ปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญ เพราะการรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจ ขึ้นอยู่กับมาตรฐานชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งผู้ดูแลที่มีอายุมากจะผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก ทำให้ผู้ดูแลนั้นมีการตัดสินใจ การเผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลดีขึ้น (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) แต่ถ้าพบว่าหากผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นอาจมีความเสื่อมตามสภาพวัย ทำให้อวัยวะในร่างกายเสื่อมลง ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น การหดตัวของกล้ามเนื้อ ลดความทนต่อการทำกิจกรรม นำไปสู่การเกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (Piper, 2003)

4.3.2 ปัจจัยด้านสภาพจิตใจของผู้ดูแล เช่น ความเครียด การตอบสนองต่อความเครียด ความซึมเศร้า กระวนกระวายใจ ความเบื่อหน่าย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้

4.3.3 ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จากการที่ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาที่พบว่า เมื่อผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาวะในการดูแลผู้ป่วย อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย (Albert, Im Bernner, Smith & Waxman, 2002)

4.3.4 ปัจจัยด้านจำนวนชั่วโมงที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อวัน จากการที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลมีการพักผ่อนน้อยลง ส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ง่าย ดังการศึกษาของกัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ (2539) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่าจำนวนชั่วโมงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า จำนวนชั่วโมงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแล (Jensen & Given, 1991)

4.3.5 ปัจจัยด้านระดับความพิการของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะระดับปานกลางหรือรุนแรง มักมีระดับความพิการหลงเหลือ ทำให้เป็นภาระต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นอย่างมาก เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูในระยะยาว และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ยิ่งผู้ป่วยที่มีระดับความพิการมากเท่าไร ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นด้วย มีผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในแต่ละวันในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาในการพักผ่อน เกิดความเหนื่อยล้าได้

4.3.6 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าตามมา (Piper, 2003)

4.3.7 การสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ผู้ดูแลมีการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้อาการเหนื่อยล้าลดลง ดังการศึกษาของ กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ (2539) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่า แรงสนับสนุนมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดาริกา ธารบัวสวรรค์ (2542) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วยกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย พบว่า ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากมีผลให้อาการเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยลดลง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเกิดอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลในแต่ละบุคคลนั้น อาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดอาการเหนื่อยล้า โดยบางครั้งผู้ดูแลอาจจะมีปัจจัยการเกิดอาการเหนื่อยล้าปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยก็ได้ และจากแนวคิดการจัดการอาการเหนื่อยล้าของ Piper พบว่า ผู้ดูแลมีปัจจัยหลายอย่างในการเกิดอาการเหนื่อยล้า ครอบคลุมปัจจัยทางกายภาพ ชีวภาพ จิตสังคม (Piper และคณะ 1987) ได้แก่ แบบแผนการสะสมของเสียจากการเผาผลาญ การเปลี่ยนแปลงพลังงาน การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การนอนหลับและตื่น สภาพของโรค สภาพแวดล้อม แผนแสดงอาการของโรค สภาพจิตใจ การใช้ออกซิเจน การเปลี่ยนแปลงพลังงานและสารที่ให้พลังงาน แบบแผนทางสังคม สภาพเหตุการณ์ในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต และปัจจัยภายใน ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่างๆ ส่งผลต่ออาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้

4.4 ผลกระทบของความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วย

การเกิดอาการเหนื่อยล้าในแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับสาเหตุที่เกิดขึ้น (Piper, 1993; 2003) และถ้าอาการเหนื่อยล้าเกิดขึ้นเป็นเวลานาน ไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีสมาธิ และความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่สามารถแก้ไขได้ จนอาจทำให้เกิดความผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมได้ และเป็นอาการที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุด โดยพบว่าผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้าบ่อย จะมีอาการรุนแรงมากและอาการดังกล่าวมีการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน (อภิรดี ลดาธรรม, 2547) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะพบมีอาการเหนื่อยล้า เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการพึ่งพาช่วยเหลือตนเองได้น้อย จากการศึกษาของกัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ (2539) ที่

ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจะมีอาการเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง จากภาวะดังกล่าวจะเห็นได้ว่าภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะมีผลกระทบต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมาก และอาการเหนื่อยล้าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแล (Jensen & Given, 1991) โดยอาการเหนื่อยล้าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางลบของผู้ดูแล ทำให้บทบาทการเป็นผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ

4.5 บทบาทพยาบาลเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลที่เหนื่อยล้า มีดังนี้

4.5.1 จัดหาวิธีในการสอนที่เหมาะสมเกี่ยวกับกลยุทธ์ ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยเน้น การสงวนพลังงานของร่างกาย การเบี่ยงเบนความสนใจ และการจัดการความเครียด (Mock, et al., 1997) โดยการสงวนพลังงาน ดังนี้

1. แนะนำให้ผู้ดูแลจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม และวางแผนการทำกิจกรรมตามความสำคัญ และบริหารจัดการลำดับเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาในการจัดการกับตนเอง

2. สนับสนุนให้ผู้ดูแลให้มีการวางแผนการพักผ่อนและการนอนหลับ ให้มีความใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด ซึ่งต้องคำนึงถึงคุณภาพในการพักผ่อนและการนอนหลับ

3. สนับสนุนให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมการฝึกผ่อนคลายการหายใจ

4. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สอบถามหรือขอความช่วยเหลือกับพยาบาลได้ตลอดเวลา

4.5.2 สนับสนุนผู้ดูแล ได้มีการออกกำลังกายเป็นประจำที่เหมาะสมกับผู้ดูแล เช่น การบริหารกาย-จิต ด้วยซิงก (Demio, 2000)

4.5.3 สนับสนุนให้ผู้ดูแลได้รับสารอาหารที่เหมาะสม ครบทั้ง 5 หมู่ เช่น การได้รับแคลอรีจากการรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ไขมันและโปรตีนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย รวมถึงวิตามิน เกลือแร่ และได้รับสารน้ำที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

4.5.4 สนับสนุนให้ผู้ดูแล ได้มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น การจัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วยให้อยู่ในบริเวณเดียวกัน

4.5.5 แนะนำผู้ดูแล ให้รายงานการเปลี่ยนแปลงของอาการต่างๆ ของตนเอง ให้ทีมสุขภาพทราบ หรือติดตามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและวิธีในการจัดการกับอาการ เพื่อให้ทีมสุขภาพทราบถึงความก้าวหน้าในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล

4.5.6 แนะนำการผ่อนคลายอารมณ์ เช่น พุดคุยกับบุคคลอื่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง ดูทีวี เป็นต้น ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีการมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลสนใจในเรื่องอื่นชั่วคราว หรือที่หน้าสนใจมากกว่า (พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุดศิริ หิรัญชุนหะ, 2549)

5. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ

แบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) พัฒนาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Larson และคณะ (1994) เน้นการจัดการทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพและใช้การดูแลตนเอง (Self-care) ซึ่งเน้นทักษะ ความรู้ และให้การสนับสนุนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการในการจัดการกับอาการของตน ซึ่ง Dodd และคณะ (2001) ได้พัฒนาโดยอาศัยหลักฐานจากงานวิจัยต่างๆ โดยกล่าวว่า อาการซึ่งมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงนั้น เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้มีอาการต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ อาการดังกล่าวไม่เพียงก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน แต่ยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม การจัดการกับอาการเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้มีอาการแต่ละคนและสมาชิกในครอบครัว โดยมีบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญ ซึ่งรับผิดชอบในการส่งเสริมให้มีการจัดการกับอาการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยร่วมกันพัฒนาแนวทางในการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น การจัดการกับอาการหลายๆ อาการที่เรื้อรัง และต้องการการจัดการในระยะยาว โดย Dodd และคณะ (2001) มีแนวคิดว่าการรักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้นจึงต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน

แบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management) และผลลัพธ์ของอาการ (Symptom outcomes) ซึ่งแบบจำลองการจัดการกับอาการนี้อยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อ

1. อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคล เป็นการรายงานด้วยตัวของผู้ป่วยเอง

2. บุคคลอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการ เนื่องจากผลของตัวแปร เช่น การทำงานที่เป็นอันตราย และกลวิธีจัดการกับอาการจะเกิดขึ้นก่อนที่จะมีประสบการณ์การมีอาการ

3. ผู้ที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และคำอธิบายการมีประสบการณ์ โดยมีการแปลความผ่านทางครอบครัว หรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกันกับการรายงานด้วยตัวเองมากที่สุด

4. กลวิธีในการจัดการกับอาการอาจมีเป้าหมายอยู่ที่ตัวบุคคล กลุ่มครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

5. การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ตามความต้องการ โดยประเมินจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

นอกจากนั้นแบบจำลองนี้ยังตระหนักในมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ที่ประกอบด้วยบุคคล (Person) สุขภาพหรือความเจ็บป่วย (Health and illness) และสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการประกอบด้วย

1. บุคคล ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล (Demographic) จิตใจ (Psychological) สังคม (Sociological) และสรีรวิทยา (Physiological) ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลทำให้บุคคลมีมุมมองและตอบสนองต่อประสบการณ์การมีอาการ ระดับการพัฒนาการในแต่ละบุคคลและมีผลต่อภาวะด้วย

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health and illness domain) มโนทัศน์ของสุขภาพและความเจ็บป่วยประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงการบาดเจ็บ หรือความพิการซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในการจัดการกับอาการ

3. สภาพแวดล้อม (Environment domain) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการขึ้น สภาพแวดล้อมประกอบไปด้วยสภาพร่างกาย (physical) สังคม (social) และวัฒนธรรม (culture) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพจะรวมถึงบ้านที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมจะรวมถึงเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และวัฒนธรรมความเชื่อของผู้ดูแลรวมทั้งสถานที่ที่มีผลต่อวิธีในการจัดการกับอาการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้เช่นกัน

สำหรับมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก คือ ประสบการณ์การมีอาการ กลยุทธ์กับการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ ดังรายละเอียด

1. ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience)

เป็นประสบการณ์ที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นกระบวนการที่ต้องผ่านการคิดรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการจึงเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งจะนำไปสู่การตั้งข้อสังเกตถึงการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่ตนเองเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลจะประเมินและตัดสินใจจากความรุนแรง สาเหตุ ภาวะ

คุณภาพ และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และพฤติกรรม ดังนั้นการเข้าใจสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อที่จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยประสบการณ์เกี่ยวกับการมีอาการประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินผลของอาการ และการตอบสนองต่ออาการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptom) หมายถึง บุคคลซึ่งรู้ตัวดี แปลความผ่านกระบวนการคิดรู้ของตนเองถึงการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เคยเป็นหรือปฏิบัติ โดยมโนทัศน์ภายในของประสบการณ์การมีอาการ (การรับรู้ การประเมิน และการตอบสนอง) จะมีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านบุคคลหรือการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการรับรู้อาการมีความซับซ้อน หลังจากนั้นจึงทำการตัดสินใจในการที่จะจัดการกับอาการนั้น ซึ่งถ้าการรับรู้สอดคล้องตรงกัน การจัดการก็จะเป็นความขัดแย้งเกิดขึ้น แต่ถ้ามีการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องหรือไม่ตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม (Koenig, 1999 cited in Dodd และคณะ 2001)

1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) หมายถึง การตัดสินใจของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งของอาการ ซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือถาวร ความบ่อยและผลกระทบหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการประเมินภาวะคุณภาพต่อชีวิต จากอาการผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการ จะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้อง และมีคุณภาพมากกว่าพวกที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz และคณะ 1997 cited in Dodd และคณะ 2001)

1.3 การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) เป็นการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรม สังคม และพฤติกรรม อาการที่เกิดขึ้นหนึ่งอาการอาจมีการตอบสนองได้มากกว่าหนึ่งลักษณะ และมีทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นในขณะที่มีอาการ และการตอบสนองที่เป็นผลในระยะยาว การตอบสนองด้านร่างกายต่ออาการรวมถึงการทำหน้าที่ของร่างกาย การรายงานอาการของตนเอง เป็นการตัดสินใจเพื่อที่จะจัดการกับอาการ ซึ่งอาจเกิดปัญหาได้ถ้าการประเมินประสบการณ์เป็นการรับรู้ของสมาชิกของครอบครัว และบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งอาจไม่ตรงกับการรับรู้ของตัวผู้มีอาการเอง (Fagerhaugh และ Strauss, 1977 cited in Dodd และคณะ 2001)

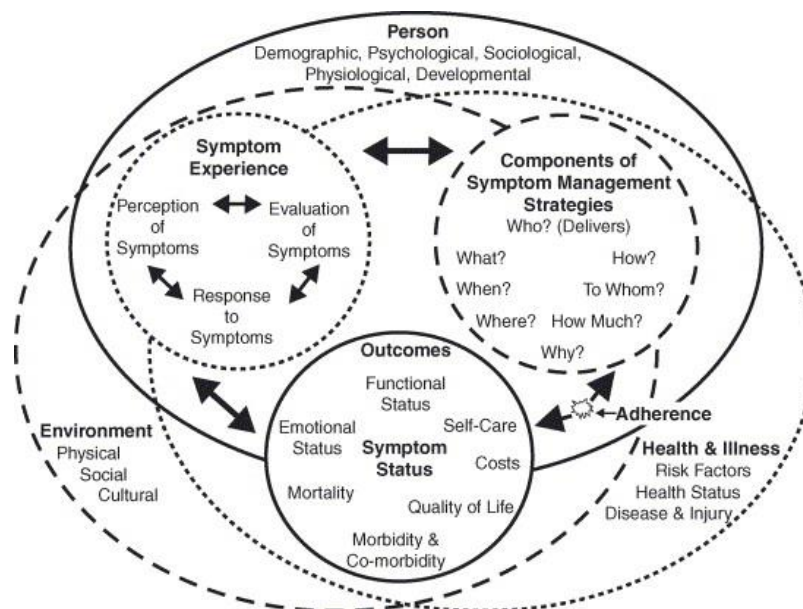
2. กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management)

เป็นเป้าหมายของการจัดการกับอาการ เพื่อเป็นการเบี่ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบ โดยใช้กลวิธีการดูแลตนเอง การใช้ยาบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรใน

ที่มสุขภาพ การจัดการกับอาการจะเริ่มต้นด้วยการประเมินประสพการณ์การมีอาการ จากการศึกษา
 ในมุมมองของผู้มีอาการ กลวิธีการจัดการอาจมีเป้าหมายเพียงแก่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่ง
 ผลลัพธ์ โดยการจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หรือเปลี่ยนแปลง
 ตามความยินยอม หรือไม่ยินยอมของผู้มีอาการ การควบคุมอาการ เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง
 ต้องการการปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลา และการควบคุมอาการที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความ
 ร่วมมือระหว่างผู้มีอาการ และครอบครัว กับบุคลากรที่มสุขภาพ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความ
 ช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ผู้มีอาการและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้น หรือจัดการกับอาการที่
 เกิดขึ้น

3. ผลลัพธ์ของอาการ (Symptom outcomes)

เป็นผลที่เกิดจากประสพการณ์การมีอาการและเป็นผลที่ได้จากกลวิธีการ
 จัดการกับอาการ โดยผลลัพธ์จะประกอบไปด้วย 8 ด้าน ดังนี้ 1)ค่าใช้จ่าย (Costs) โดยจะรวมถึง
 รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ และระบบบริการบริการสุขภาพ หรือเงินทดแทนจากการทำงาน 2)
 ภาวะอารมณ์ (Emotional status) 3)การดูแลตนเอง (Self-care) 4)ภาวะการทำหน้าที่ (Functional
 status) 5)คุณภาพชีวิต (Quality of life) 6)อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity and co-
 morbidity) 7)อัตราการตาย (Mortality) และ 8)ความรุนแรงของอาการ (Symptom status) โดย
 ผลลัพธ์ทั้งหมดจะมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน (สุริพร ชนศิลป์ และคณะ, 2552) ด้าน
 คุณภาพชีวิตนั้น จะถูกกระทบเมื่อผู้ดูแลมีอาการรุนแรงหรือเป็นเวลานาน ระยะเวลาของการ
 ประเมินขึ้นอยู่กับความคงที่ของอาการ ซึ่งต้องการการจัดการกับอาการที่มีความต่อเนื่องและมีการ
 ตอบสนองต่อการรักษา เมื่อการรักษาอาการประสพผลสำเร็จและกลับสู่ภาวะปกติ การปฏิบัติ
 ต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อที่จะควบคุมอาการที่อาจเกิดขึ้นอีก ดังนั้นแบบจำลองการจัดการกับ
 อาการจึงเหมาะสมที่จะใช้ในเรื่องการจัดการกับอาการโดยตรง และต้องการการจัดผลลัพธ์ในการ
 จัดการที่มีความต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของแนวคิดในรูปแบบการจัดการกับอาการ
(Symptom management model) ของ Dodd et al. (2001)

6. แนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง

ในปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพค่อยๆ เปลี่ยนทิศทางจากเดิมที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องทำการรักษาและคอยแนะนำแก้ไขความผิดปกติของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางยา รับประทานยาตามคำสั่งเพียงแค่นั้น แต่ในสังคมปัจจุบันนั้นบทบาทของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในการดูแลตนเอง ทั้งการป้องกัน บำบัดรักษา และแก้ไขความพิการ มีเพิ่มมากขึ้น การแพทย์ทางเลือกหรือการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Alternative medicine or Complementary therapy) ซึ่งมีความหลากหลายสูงมาก และได้รับความสนใจมากพอสมควร ชี่กงก็ถือว่าการแพทย์ทางเลือกชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นศาสตร์ทางตะวันออก มีมุมมองว่ามนุษย์นั้นมีความแข็งแรงภายในตัวเอง ความแข็งแรงเหล่านี้เกิดจากปี่จี้ภายใน คือ ความสมดุลในร่างกาย และปี่จี้ภายนอกซึ่งหมายถึงสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับตัวเรา อย่างไรก็ตามแม้ปี่จี้ภายนอกจะเปลี่ยนแปลงและควบคุมได้ไม่ง่าย แต่หากปี่จี้ภายในยังคงไว้ซึ่งความสมดุลแล้ว ก็ยากที่จะทำให้คนคนนั้นล้มป่วยลงได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

6.1 ความหมายของชี่กง

ชี่ (Qi or Chi) หมายถึง อากาศ ลมหายใจ และพลังแห่งชีวิต ที่ทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ และเป็นพลังงานที่อยู่ในร่างกายของคนเราหรือสมรรถภาพของร่างกาย ซึ่งจะมีผล

ต่อความต้านทานโรคของร่างกาย ส่วนคำว่า กง (Gong or Kung) หมายถึง การออกกำลังกาย ทักษะ หรือการฝึกหัด (Dorcas และ Yung, 2003) ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า ชีกง ดังนี้

เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) ให้ความหมายว่า เป็นการทำงานเพื่อเพิ่มพูนชีวิต

สุริพร ธนศิลป์ (2554) ให้ความหมายว่า การฝึกฝนเพื่อเพิ่มพูนพลังชีวิตขึ้นในร่างกาย หรือเป็นการฝึกกลมปราณแบบจีน โดยการกระตุ้นชี หรือพลังชีวิต ให้เกิดการไหลเวียนอย่างสะดวกภายในร่างกาย ตามแนวเมอริเรียน การบริหารชีงั้นประกอบด้วย การบริหารกาย การบริหารจิต และการบริหารลมปราณ เพื่อให้ ชี หรือพลังชีวิต ไหลเวียนอย่างสมดุลทั่วร่างกาย ดังนั้น การกระตุ้นจุดต่างๆ ทั่วร่างกายก่อนการฝึกชีงั้น จึงมีความสำคัญ เพื่อทำให้ช่องทางการไหลเวียนของ ชีหรือพลังชีวิต เป็นไปด้วยความสะดวก เมื่อบริหารชีงั้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ชีหรือพลังชีวิตที่เกิดขึ้นจึงไหลเวียนไปทั่วร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่างกายจะแข็งแรงขึ้น และอาการเจ็บป่วยต่างๆ ก็จะลดลง

โดยสรุป ชีงั้น หมายความว่า การฝึกฝนเพื่อเพิ่มพูนพลังชีวิตของร่างกาย โดยการประสานการบริหาร กาย จิต และการหายใจ เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย

6.2 ทฤษฎีพื้นฐานของชีงั้น

McCaffrey และ Fowler (2003) ได้กล่าวถึงทฤษฎีพื้นฐานของชีงั้นว่าสัมพันธ์กับทฤษฎี การแพทย์แผนจีน คือ หลักหยินหยาง ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างอวัยวะกลางและอวัยวะภายใน (Zang – fu) และทฤษฎีเส้นโคจรเลือดลม 20 เส้น

1. ชีงั้น และทฤษฎีหยินหยาง เป็นหลักปรัชญาเบื้องต้นของวิถีเต๋าถึงด้านของสรรพสิ่งที่ตรงข้ามกัน ขัดแย้งกัน และกลมกลืนกันในสากลจักรวาล รวมทั้งภายในร่างกายคนเรา ซึ่งหมายถึงว่าด้านทั้งสองนี้จะต่อต้านกัน ขณะเดียวกันก็ควบคุมและเป็นเอกภาพแก่กัน สิ่งที่ตรงข้ามที่ขัดแย้งและอยู่รวมกันต่างสอดผสมผสานกันด้วยพลังอย่างหนึ่ง คือ พลังแห่งชีวิต ถ้าจำแนกให้ละเอียดลมหายใจเข้าถือเป็นหยิน ขณะหายใจออกถือเป็นหยาง การหายใจเข้าเป็นการสูดรับชีหรือปราณจากภายนอกเข้าสู่ตัวเรา การหายใจออกเป็นการปลดปล่อยชีของเราสู่สากลจักรวาล การฝึกชีงั้นส่วนที่เกี่ยวกับลมหายใจจึงเน้นให้ผู้มีสังกัดธาตุหยางหรือมีธาตุไฟรุนแรง ควรสนใจในลมหายใจออก ส่วนผู้ที่ขาดธาตุหยินหรือพร่องพลังลมปราณให้เน้นหนักที่ลมหายใจเข้า

สภาพสมดุลของหยินหยาง หมายถึง ร่างกายของคนทั้งภายในและภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ของอวัยวะภายในอยู่ในภาวะสมดุลคงที่ การที่จะสามารถอยู่ในสมดุลได้ต้องอาศัยพลังอย่างหนึ่งในการผสมผสานความสมดุล นั่นคือพลังแห่งชีวิต หรือ ชีงั้น บทสรุปสำหรับความสมดุลของผู้ฝึกพลังชีงั้น คือ สมดุลของการนิ่งและการเคลื่อนไหว สมดุลของ

อารมณ์ไม่สุขหรือทุกข์มากเกินไป สมดุลของการให้และการรับ สมดุลของกายและจิต หากร่างกายดีแต่จิตใจอ่อนแอ หรือจิตใจแกร่งแต่ร่างกายอ่อนแอก็ไม่ดีทั้งนั้น และสุดท้ายสมดุลของอาหารการกินไม่มากจนอ้วนไม่น้อยจนผอม กินอาหารที่หลากหลายสารอาหาร

2. ชีงกงและทฤษฎีเส้น โจรของเลือดลม การแพทย์แผนจีนเชื่อว่าร่างกายมีเส้น โจรของเลือดลมที่จัดวางไว้ 12 เส้นหลัก และเส้นพิเศษอีก 8 เส้น เส้นที่ 12 นั้นเชื่อมต่อระหว่างอวัยวะภายในกับผิวหนังภายนอก อวัยวะจะสมบูรณ์แข็งแรงก็ด้วยได้รับการหล่อเลี้ยงจากธาตุภายนอกเข้ามาผสมผสานกับธาตุภายใน ผ่านเส้น โจรทั้ง 12 ขณะเดียวกันการแปรปรวนของลมฟ้าอากาศภายนอก ก็อาจกระทบสมดุลของธาตุที่ประกอบขึ้นเป็นอวัยวะภายในโดยผ่านเส้น โจรเหล่านี้ ชีงกง เป็นพลังปราณที่หมุนเวียนไปตามเส้น โจรเหล่านี้ การเดินลมปราณถือหลัก หมุนเวียนลมปราณในวงจรเบื่องบน เคลื่อนปราณขึ้นและลง เปิดและปิด แคล่วคล่องซึ่งถือเป็นหลักสำคัญของการฝึกชีงกง เมื่อเส้น โจรหมุนเวียนได้ต่อเนื่องไม่ติดขัดก็ทำให้อวัยวะภายในทั้ง 11 และอีก 1 ช่องลำตัวทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นรากฐานของสุขภาพอันดี

3. ทฤษฎีชีงกงกับอวัยวะ การแพทย์แผนจีนถือว่าจิตของคนเราเป็นองค์รวมของความคิดสัมปชัญญะ และดวงวิญญาณ การปฏิบัติชีงกงทำให้อารมณ์สงบก้าวสู่สมาธิ เป็นผลให้จิตพักและปรับตัวได้คล่องแคล่วยิ่งขึ้น ซึ่งชีงกงมีความสัมพันธ์กับอวัยวะต่างๆ ดังนี้

หัวใจ ควบคุมเลือดและการหมุนเวียน หัวใจสำแดงตนออกที่ใบหน้า การฝึกชีงกงมีผลต่อพลังลมปราณของหัวใจ สังเกตจากจังหวะและน้ำหนักร่างกาย และสีผิวบนหน้า

ปอด ควบคุมลมและการหายใจ การฝึกหายใจของชีงกงเป็นการเปิดรับพลังลมปราณจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และช่วยปลดปล่อยลมปราณที่คั่งค้างจากอวัยวะต่างๆ ให้หมดไป ปอดกำหนดพลังในส่วนที่เกี่ยวกับลมหายใจ และสารจำเป็นซึ่งเป็นพื้นฐานในการทำงานของอวัยวะอื่นๆ ของร่างกาย

ไต เมื่อปอดเป็นผู้สูดลมปราณสู่ร่างกาย ไตจะเป็นผู้เก็บรับปราณในเรือนร่าง ก่อให้เกิดเป็นปราณประจำกายของเราเอง ทำให้เกิดพลังชีวิตที่ขับเคลื่อนไปไม่หยุดนิ่ง

ตับ เป็นอวัยวะที่สะสมเลือดและเพิ่มพลังความคิด อารมณ์แจ่มใสช่วยให้ตับทำงานดี อารมณ์เศร้า เกรียด ทำให้เผาไหม้พลังตับ ทำให้การ โจรของปราณตับชะงักงัน เมื่อปฏิบัติชีงกงจิตจะสงบและผ่อนคลาย ทำให้อารมณ์แจ่มใส ช่วยดับเชื้อ ไฟพลังหยางที่ผลาญตับได้ดี

ม้าม เป็นอวัยวะส่งผ่านและย่อยสลายสารอาหาร น้ำลายคือสารคัดหลั่งของม้าม การปฏิบัติชีงกงช่วยส่งเสริมพลังย่อยอาหารของม้ามได้โดยตรง ทำให้อาหารย่อย การหายใจที่อาศัยการเคลื่อนขึ้นของกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องจึงเป็นการนวดกระเพาะอาหาร ช่วยขับเคลื่อนลำไส้

6.3 หลักในการฝึกชี่กง

การปฏิบัติให้เกิดผลมีพลังชี่ จะต้องเข้าใจหลักการที่จำเป็นซึ่งขาดไม่ได้ในการฝึกชี่กง ฉะนั้นการฝึกชี่กงที่จะให้ผลดีนั้น ควรมีหลักในการฝึก ดังนี้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545)

1. Respiration การหายใจเป็นตัวแรกที่ต้องทำความเข้าใจฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ โดยเฉพาะการหายใจด้วยท้องผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลม การหายใจเข้าออก ในขณะที่ฝึกชี่กงจะต้องมีสมาธิในการฝึก และหัดควบคุมการหายใจเข้าออก ผสมผสานกันไปด้วยการหายใจจะถูกควบคุมโดยตรงจากสมองทำให้เกิดจังหวะสม่ำเสมอ ลมหายใจที่ลึกและคงที่ตลอดช่วงที่หายใจออก เมื่อใดที่เคลื่อนไหวขึ้นหรือขยายออกก็ให้หายใจเข้าท้องพองและเมื่อมือลดต่ำลงหรือหดเข้าเป็นจังหวะหายใจออกท้องยุบซึ่งจะทำให้ได้ชี่จากธรรมชาติ

2. Relaxation การผ่อนคลาย ควรทำอย่างสงบระหว่างฝึกให้ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ

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

กฎของร่างกาย คือ ทำเมื่อร่างกายพร้อม เช่น ไม่อึดหรือหิวจนเกินไป ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้สูง กระทบวนท่าต่างๆ ควรเรียงลำดับ แต่ก็อาจจะกลับมาเป็นชุดๆ ได้ เน้นความสม่ำเสมอและนุ่มนวลของร่างกาย มือขึ้นช้าลงอย่างสม่ำเสมอ ไม่สะดุดหรือหยุดชะงัก

กฎของจิตใจ คือ ทำเมื่อจิตใจพร้อม อยู่ในอารมณ์สบาย ไม่เคร่งเครียด ไม่หงุดหงิด โกรธโมโห จิตใจนิ่งอยู่บนฝ่ามือ การฝึกชี่กง 4 ท่า เป็นการทำความสมาธิกับการเคลื่อนไหวของฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง ในการฝึกครั้งแรกจำเป็นต้องใช้จิตใจโน้มนำให้เกิดชี่บนฝ่ามือรูปแบบของชี่ คือ นึกถึงความร้อนบนฝ่ามือ การพัฒนาของจิตใจจะเกิดพร้อมสภาพที่ดีขึ้น อารมณ์โกรธและเป็นทุกข์อยู่เสมอลดน้อยลง แต่ความรู้สึกเป็นสุข มีความรัก การให้อภัยมากขึ้น

กฎของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่ดีนำมาซึ่งพลังที่สมบูรณ์ สถานที่ฝึกจะเป็นในห้องหรือกลางแจ้งก็ได้ ขอให้เป็นสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

6.4 ผลของการฝึกชี่กงต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

จากการศึกษาของ Chen (2004) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย ดังนี้

6.4.1 ผลของชี่กงต่อระบบกล้ามเนื้อประสาท เมื่อฝึกชี่กงจนบรรลุเป้าหมายแห่งการ โคจรของลมปราณ คลื่นสมองของผู้ฝึกจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ความถี่ลดลงเรื่อยๆ และรูปคลื่นเริ่มเรียงตัวเป็นระเบียบไม่สับสนวุ่นวายเหมือนในยามภาวะปกติ ทั้งจะพบคลื่น

ของกลีบสมองด้านหน้า (Frontal lobe) มีอำนาจมากขึ้น สมองส่วนนี้ควบคุมการทำงานของอวัยวะภายใน และต่อมต่างๆ ให้ทำงานได้ดียิ่งขึ้น และยังพบอีกว่าการปฏิบัติซิงค์ ส่งผลให้คลื่นสมองในบริเวณที่รับรู้ความรู้สึกต่างๆ จะลดน้อยลง นักสรีระวิทยาอธิบายว่า reticulum เป็นผลในจิตใจสงบได้ดี ในสภาวะนี้การเต้นของหัวใจลดลง ทั้งระบบประสาทซิมพาเทติกก็มีความไวลดลง แต่ไปเพิ่มความไวในการทำงานของประสาทพาราซิมพาเทติก สำหรับกล้ามเนื้อลายจะมีการคลายตัว ทดสอบไฟฟ้ากล้ามเนื้อที่พบระบบพัคตัวของกล้ามเนื้ออนานขึ้น

6.4.2 ผลของซิงค์ต่อระบบหายใจ เมื่อฝึกซิงค์ การหายใจจะช้าลง หายใจลึก ลมเข้า-ออกเพิ่มมากขึ้น เพิ่มอัตราการขับคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มจำนวนออกซิเจนในร่างกาย การหายใจลึกจนถึงช่องท้อง โดยผ่านการเคลื่อนไหวของกระบังลมเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทสมองคู่ที่ 10 (vagus nerve) ซึ่งเป็นเส้นประสาทที่มีจุดเริ่มต้นที่ก้านสมอง ทอดยาวมาตามแนวกระดูกสันหลังลงมายังอวัยวะในช่องท้อง โดยได้ส่งแขนงบางส่วนไปยังกล้ามเนื้อกระบังลม การกระตุ้นเส้นประสาท vagus จะทำให้เกิดการส่งสัญญาณประสาทไปยังก้านสมอง ทำให้มีการตอบสนองมายังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งมีผลในการผ่อนคลายของอวัยวะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดฝอย การเคลื่อนไหวของลำไส้ และลดอัตราการเต้นของหัวใจ เป็นต้น

6.4.3 ผลของซิงค์ต่อระบบทางเดินอาหาร การปฏิบัติซิงค์ช่วยเพิ่มคลื่นการบีบตัวของทางเดินอาหาร ทั้งบีบไล่อารได้แรงขึ้น เพิ่มการขับน้ำย่อยมาย่อยอาหาร ซิงค์อีกด้านหนึ่งสงบประสาทส่วนปลายและปรับการทำงานของประสาทควบคุมอวัยวะภายใน ผลทำให้กระเพาะ ลำไส้ ทำงานได้ดีกว่าเดิม การหายใจเข้าออกที่ต้องใช้กระบังลมและกล้ามเนื้อท้องยังช่วยการขับลื่อนอาหารในกระเพาะ ลำไส้ ได้เป็นอย่างดี

6.4.4 ผลของซิงค์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การปฏิบัติซิงค์มีผลลดความดันโลหิตในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง แต่ก็มีผลเพิ่มความดันโลหิตในคนที่มีความดันโลหิตต่ำ

6.4.5 ผลของซิงค์ต่อระบบต่อมไร้ท่อและการเผาผลาญอาหาร การปฏิบัติซิงค์ทำให้ตับเพิ่มกระบวนการสร้างไกลโคเจนซึ่งสารอาหารที่สะสมในตับและลดการย่อยสลายสารนี้ที่จะออกไปเป็นพลังงาน ซิงค์จึงเป็นกระบวนการเก็บซับพลังงานที่ดี ที่เกิดผลเช่นนี้ได้เพราะซิงค์ช่วยเสริมสร้างการทำงานของอินซูลินในการเก็บรับน้ำตาลจากแป้ง เพื่อส่งเข้าตับ อีกทั้งลดการทำงานของต่อมใต้สมองอีกด้วย เมื่อซิงค์ลดการทำงานของต่อมใต้สมอง จึงเป็นผลให้ต่อมหมวกไตทำงานได้ตามปกติไม่ทำงานหนักเกินไป โดยไม่ต้องรับหมุนเปลี่ยนแป้งเป็นพลังงาน ทั้งไม่ต้องบีบรัดหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง จึงทำให้ร่างกายได้ปรับสมดุลและเข้าสู่ความสงบได้พักและได้ซ่อมแซมตัวเองด้วย

6.5 ประเภทของการฝึกชี่กง แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

6.5.1 การฝึกเพื่อการรักษา หมายถึง วิธีการให้แพทย์ด้านพลังลมปราณปล่อยพลังลมปราณตัวเองออกมารักษาโรคให้กับผู้ป่วย ซึ่งต้องฝึกฝนกันมาอย่างเข้มงวดเป็นเวลานาน

6.5.2 การฝึกเพื่อสุขภาพ หมายถึง วิธีการรักษาด้วยตัวเอง ซึ่งอาศัยพลังลมปราณด้วยตนเองมาป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพกายและจิต การฝึกเพื่อสุขภาพแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

แบบหนึ่ง เป็นวิธีการฝึกที่รวมเอาแต่การหายใจและกระแสดิจเข้าด้วยกัน โดยไม่ขยับตัว ซึ่งเปรียบได้กับการปฏิบัติสมาธิแบบพุทธวิธีชนิดอานาปานสติ โดยการฝึกสติให้สัมผัสรู้อย่างต่อเนื่องในการเคลื่อนไหวของลมหายใจ

แบบเคลื่อนไหว เป็นวิธีการฝึกรวมเอาการหายใจ กระแสดิจ และการเคลื่อนไหวท่าทาง เข้าด้วยกัน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกการฝึกชี่กงแบบเคลื่อนไหวมาศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งประกอบด้วย 4 ท่า ตามหลักของ นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง ด้วยเหตุผลว่าท่าที่มากเกินไปจะใช้เวลาในการเรียนรู้นาน ซึ่งท่าทั้ง 4 ท่านี้ คนที่ไม่มีความรู้เรื่องการบริหารด้วยชี่กงมากก็สามารถปฏิบัติได้ง่าย

6.6 สิ่งที่ต้องจดจำ 3 ประการ ในการฝึกบริหารด้วยชี่กง

6.6.1 ท่าสม่ำเสมอไม่ติดขัด ทำให้การเคลื่อนไหวเป็นไปอย่างต่อเนื่องเสมือนการเคลื่อนไหวของน้ำ เป็นการหมุนเวียนของลมปราณ เมื่อจะเปลี่ยนท่าก็มีความนุ่มนวลราบลื่นไม่สะดุด

6.6.2 หายใจเข้า-ออก ตามการเคลื่อนไหว เมื่อใดที่เคลื่อนไหวมือขึ้นและขยายออกให้หายใจเข้า เมื่อใดที่เคลื่อนไหวมือลดต่ำลงหรือหดเข้ามาเป็นจังหวะของการหายใจออก

6.6.3 จิตใจวางไว้ที่ฝ่ามือ การวางจิตไว้เหมือนกับการรู้สึกสัมผัส ซึ่งไม่ใช่การคิดถึง โดยเมื่อฝ่ามือเคลื่อนไหวไปที่ใดจิตก็ตามไปที่นั่น เสมือนกับการทำสมาธิเคลื่อนไหวที่ใช้จิตติดตามฝ่ามือ

6.7 ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนทำการฝึกบริหารชี่กง (สุริพร ธนศิลป์, 2554)

6.7.1 สวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย ยืดหยุ่นดี

6.7.2 ไม่ควรสวมใส่รองเท้า ให้เท้าเปล่าสัมผัสพื้นสนามหญ้า

6.7.3 วางเท้าด้วยความกว้างเสมอไหล่ ปลายเท้าชี้ตรง

6.7.4 กระตุ้นจุดทั้ง 6 ท่าละ 5 ครั้ง เป็นอย่างน้อย

6.7.5 บริหารข้อต่างๆ เช่น ไหล่ ศอก ข้อมือ สะโพก ข้อเท้า

6.8 การเปิดลมปราณโดยวิธีการกระตุ้นจุดทั้ง 6 ได้แก่ บริเวณทรวงอก บริเวณคอหอย บริเวณระหว่างคิ้ว บริเวณกระหม่อม บริเวณสะดือ และบริเวณก้นกบ ซึ่งการเปิดลมปราณโดยการกระตุ้นจุดทั้ง 6 มีวิธีการปฏิบัติ ดังนี้ (สุริพร ธนศิลป์, 2554)

6.8.1 บริเวณจุดก้นกบ

- วางจิตไว้ที่ก้นกบ
- มือเท้าสะเอว หายใจเข้า
- ย่อเข่าลง หายใจออก เหยียดเข่าขึ้น

6.8.2 บริเวณจุดสะดือ

แบบที่ 1

- วางจิตไว้ที่สะดือ
- มือเท้าสะเอวบิดไปทางซ้าย หายใจเข้า
- บิดสะเอวไปทางขวา หายใจออก

แบบที่ 2

- วางจิตไว้ที่สะดือ
- แอนตัวไปข้างหลัง หายใจเข้า
- ก้มตัวมาข้างหน้า หายใจออก

แบบที่ 3

- วางจิตไว้ที่สะดือ
- หมุนเอวตามเข็มนาฬิกา หายใจเข้า
- หมุนเอวทวนเข็มนาฬิกา หายใจออก

6.8.3 บริเวณจุดทรวงอก

แบบที่ 1

- วางจิตไว้ที่กลางทรวงอก
- บิดทรวงอกไปทางซ้าย หายใจเข้า
- บิดทรวงอกไปทางขวา หายใจออก

แบบที่ 2

- วางจิตไว้ที่กลางทรวงอก
- แยกแขนออกทั้ง 2 ข้าง ดึงศอกไปข้าง หลัง หายใจเข้า

- หุบแขนทั้ง 2 ข้าง มาด้านหน้า หายใจออก

แบบที่ 3

- วางจิตไว้ที่กลางทรวงอก
- มือจับกันแล้วล็อกเอาไว้ โยกข้อศอกซ้ายขึ้นบน หายใจเข้า
- โยกข้อศอกซ้ายลงล่าง หายใจออก

6.8.4 บริเวณจุดคอหอย

แบบที่ 1

- วางจิตไว้ที่คอหอย
- วางหน้าไปทางซ้าย หายใจเข้า
- หันหน้าไปทางขวา หายใจออก

แบบที่ 2

- วางจิตไว้ที่คอหอย
- เอียงศีรษะไปทางซ้าย หายใจเข้า
- เอียงศีรษะไปทางขวา หายใจออก

แบบที่ 3

- วางจิตไว้ที่คอหอย
- แหงนหน้าไปข้างหลัง หายใจเข้า
- ก้มหน้าลง หายใจออก

6.8.5 บริเวณจุดระหว่างคิ้ว

แบบที่ 1

- วางจิตไว้ที่กลางระหว่างคิ้ว
- กลอกตาไปทางซ้าย หายใจเข้า
- กลอกตาไปทางขวา หายใจออก

แบบที่ 2

- วางจิตไว้ที่ระหว่างคิ้ว
- กลอกตาขึ้น หายใจเข้า
- กลอกตาลง หายใจออก

แบบที่ 3

- วางจิตไว้ที่ระหว่างคิ้ว
- กลอกตาตามเข็มนาฬิกา หายใจเข้า

- กลอกตาทวนเข็มนาฬิกา หายใจออก

6.8.6 บริเวณจุดกระหม่อม

- วางจิตไว้ที่กลางกระหม่อม
- ประสานมือทั้ง 2 ข้าง นิ้วชี้ และนิ้วกลางชี้ออก
- ยกมือที่ประสานกันขึ้นไปเหนือศีรษะ หายใจเข้า
- ลดมือลง หายใจออก

6.9 ทำในการฝึกบริหารด้วยซีก 4 ท่า (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2545; สุรีพร ธนศิลป์, 2554)

6.9.1 ท่าปรับลมปราณ

เริ่มต้นจากการยืนกางขาด้วยความกว้างพอๆ กับไหล่ วางปลายเท้าให้ชี้ตรงไปข้างหน้า หลังตั้งตรง ตามองตรงไปข้างหน้า ค่อยๆ หายฝ่ามือทั้ง 2 ข้างขึ้นช้าๆ ตามจังหวะหายใจเข้า เมื่อมือถึงระดับคางก็คว่ำมือและลดมือลงต่ำ ช่วงนี้เป็นจังหวะหายใจออก เมื่อฝ่ามือลงมาถึงระดับเอวค่อยย่อเข่าทั้ง 2 ข้างเล็กน้อย

ท่าซ้าท่าที่ 1 ด้วยการหายใจฝ่ามือ ยกขึ้น ไปใหม่ เมื่อมือถึงระดับเอว ค่อยเหยียดเข่ายกฝ่ามือขึ้น ไปจนถึงระดับคางจึงคว่ำมือ แล้วลดลงมาใหม่ วนเวียนอย่างนี้ไปเรื่อยๆ

6.9.2 ท่ายืดอกขยายทรวง เริ่มต้นโดยต่อจากท่าที่ 1 ด้วยการยกแขนและฝ่ามือขึ้นมา ตรงๆ ในแนวกลางจนถึงลับส่ายตาแล้วหันฝ่ามือเข้าหากันก่อนจึงขยายฝ่ามือออกทั้ง 2 ด้าน จังหวะนี้เป็นจังหวะหายใจเข้า เมื่อกลับหุบแขนเข้ามาตรงหน้า คว่ำมือลดลงต่ำมือถึงเอวก็ย่อเข่าลง จังหวะนี้ให้หายใจออก

6.9.3 ท่าอินทรีทะยานฟ้า จากท่าที่ 2 วางมือไว้ข้างลำตัวแล้วกางแขนออกจนหลังมือทั้ง 2 ข้างสัมผัสกันเหนือศีรษะ จังหวะนี้หายใจเข้า เมื่อลดแขนลงมาและผ่านระดับเอวก็ย่อเข่า

หากการฝึกเป็นไปอย่างถูกต้อง ผลที่ได้หลังการฝึกแต่ละครั้งควรมีให้เห็น โดยเฉพาะการหายใจที่โล่งสบาย ฝ่ามือทั้ง 2 ข้าง รู้สึกร้อนหรือซ่า เหมือนมีไฟฟ้าสถิตเกิดขึ้น อาจมีเหงื่อออกมาในช่วงแรกๆ ของการฝึก ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี

6.9.4 ท่าลมปราณชานกายา ท่าที่ 4 นั้นคล้ายกับท่าที่ 1 แต่จะต่างกันบ้างตรงที่มีการวาดฝ่ามือออกไปกว้างกว่า เสมือนกับเป็นการช้อนเอาพลังจากพื้นดิน และธรรมชาติเข้ามาไว้ในตัวเรา ในจังหวะหายใจเข้า เมื่อฝ่ามือเลื่อนขึ้นจนถึงระดับคางก็คว่ำมือแล้วลดมือลง เมื่อฝ่ามือผ่านเอวก็ย่อเข่า

จิตที่แตกต่างกัน: ตลอด 3 ท่าแรกจะเน้นการวางจิตใจไว้ที่ฝ่ามือเพียงอย่างเดียว แต่พอมาถึงท่าที่ 4 จิตใจจะต้องแบ่งไว้ที่เท้าด้วยครึ่งหนึ่ง โดยการจินตภาพ (Visualization) ถึงรากแก้วที่

ตกลงไปจากเท้าลึกลงไปในพื้นดินประมาณ 1 – 2 เมตร การหายใจเข้าจึงเป็นตัวแทนของการดึงพลังจากเท้าขึ้นมาสะสมในลำตัว ในการฝึกมือจะเป็นตัวแทนของพลังที่จากอากาศและแสงอาทิตย์ ซึ่งที่ได้จากเท้าเป็นตัวแทนของซึ่งจากพื้นดิน ซึ่งจะสร้างสมดุลของพลังในร่างกาย

การเก็บพลัง ทุกครั้งหลังการฝึกเสร็จต้องเก็บพลังทันที เพื่อไม่ให้พลังสูญหายไป วิธีเก็บมีหลายวิธี แต่วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การเอาฝ่ามือทั้งสองข้างซ้อนกันวางปิดบนท้องน้อย แล้วใช้จิตใจโน้มน้ำหนักบนฝ่ามือไปยังช่องท้อง ซึ่งจะรู้สึกได้ถึงความร้อนและประจุไฟฟ้าที่ไหลเข้าไป ผู้ชายให้เอาฝ่ามือขวาทับฝ่ามือซ้าย ส่วนผู้หญิงเอาฝ่ามือซ้ายทับฝ่ามือขวา วางนิ่งสงบสักครู่ หลังการฝึกควรเดินเล่นไปมา ขยับตัว แขนและขา สักครู่ แล้วจึงไปประกอบกิจกรรมอื่นตามปกติ

7. โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยซิงกง

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ การบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง มีประโยชน์ต่อผู้ดูแลในส่วนของระบบกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ทำให้เกิดการผ่อนคลาย และพัฒนาจิตใจไปพร้อมๆ กัน กล่าวคือการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกงเป็นการประสานระหว่างการเคลื่อนไหว การบริหารการหายใจและการพัฒนาจิตใจไปพร้อมๆ กับการผ่อนคลาย ในส่วนของการเคลื่อนไหวของซิงกงนั้นถือเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคประเภทปานกลาง โดยเป็นการเคลื่อนไหวแขนและขาไปพร้อมกัน ที่เน้นการเคลื่อนไหวของแขน ดังนั้นการออกกำลังกายที่เน้นการเคลื่อนไหวของแขนด้วยซิงกง จะช่วยให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ การหายใจเข้าโดยมีการขยายของท้อง จะช่วยให้การขยายตัวของปอดออกไปทุกด้าน และการหายใจเข้าและลึกช่วยเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซ ในช่วงหายใจออกนั้นกล้ามเนื้อหน้าท้องจะดันกระบังลมให้เป็นส่วนโค้งมากขึ้น ทั้งนี้ทำให้เพิ่มแรงอย่างมีประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อกระบังลม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการเหนื่อยล้านั้นไม่ได้มีสาเหตุด้านร่างกายอย่างเดียว แต่ยังมีสาเหตุด้านจิตใจด้วย เพราะฉะนั้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกงเน้นการพัฒนาจิตใจ โดยการฝึกสมาธิให้จดจ่อกับการเคลื่อนไหว และการบริหารการหายใจก่อให้เกิดการผ่อนคลาย การหายใจโดยใช้กระบังลมที่จะกระตุ้นประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้ร่างกายเกิดความผ่อนคลายเช่นเดียวกับการให้การบำบัดทางด้านจิตใจ เช่น การจัดการกับความเครียด และเทคนิคการผ่อนคลายจากผลของซิงกงที่มีการพัฒนาจิต และทำให้จิตใจเข้มแข็งนั้นย่อมส่งผลถึงร่างกายที่เข้มแข็งเช่นกัน เนื่องมาจากที่ว่ากายและจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยของกายย่อมมีผลต่อจิตใจ ทำนองเดียวกันเมื่อมีสิ่งมากระทบจิตก็ย่อมมีผลกระทบต่อกายด้วยเช่นกัน ดังนั้นการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกงเป็นการเพิ่มทั้งความแข็งแรงทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและคาดว่าการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกงมีความเหมาะสม และมีประโยชน์สำหรับการช่วยลดความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะ

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกายจิตด้วยซิงก์ ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยโปรแกรมนี้ได้พัฒนาจากแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ร่วมกับแนวคิดการดูแลแบบผสมผสานด้วยการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ ของเทอดศักดิ์ เดชคง (2545) เป็นการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล

จากแนวคิดของ Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่าประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการนั้นๆ โดยผ่านกระบวนการรู้คิดของตนเอง ถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่รู้สึกหรือเคยปฏิบัติ ซึ่งในแต่ละบุคคลจะประเมินความหมายของอาการ และมีการตอบสนองของความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลในขณะนั้น หลังจากนั้นบุคคลจะประเมินความรุนแรง สาเหตุ ภาวะคุกคาม และผลของอาการต่อชีวิต การตอบสนองต่ออาการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พฤติกรรม ซึ่งการที่บุคคลเข้าใจในสิ่งเหล่านี้จะสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยขั้นตอนนี้จะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น จากนั้นประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ การรับรู้และการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแลเอง จากนั้นประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และประสบการณ์การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์จากผู้ดูแล การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เนื่องจากการให้ความรู้ควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องการ ทำให้เกิดความไว้วางใจ ช่วยให้การสอนหรือการให้ข้อมูลความรู้มีประสิทธิภาพขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ

2.1 การให้ความรู้ ผู้วิจัยปรับเปลี่ยนกระบวนการการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพื่อให้มีการรับรู้ความเหนื่อยล้าตามสาเหตุ และอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการสอนประกอบกับคู่มือเป็นรายบุคคลในเรื่องของ ความเหนื่อยล้า สาเหตุ และผลกระทบของความเหนื่อยล้า การบรรเทาความเหนื่อยล้า ข้อมูลเกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับการให้คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้ากลับไปทบทวนที่บ้าน ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและการรับรู้สาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมาก

ขึ้น รวมทั้งมีทักษะที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการกับความเหน็ดเหนื่อยที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการที่เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลเป็นอยู่หรือที่ปฏิบัติในอนาคต ให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม (จรัสศรี อินทรสมหวัง, 2543) แต่ในขณะที่เดียวกันหากผู้ดูแลมีการรับรู้อาการที่ไม่ถูกต้องจะทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดการตระหนักรู้และไม่มี ความหวังว่าอาการที่เกิดขึ้นจะถูกควบคุมให้ลดลงได้ ทำให้ผู้ดูแลหมดกำลังใจ มีความเครียดเพิ่มขึ้นส่งผลให้อาการมีความรุนแรงมากขึ้น (Miller, 1992 อ้างถึงใน สุริพร ธนศิลป์, 2545)

2.2 การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความต้องการเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทักษะที่ผู้ดูแลต้องการคือ การบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ทักษะการให้อาหารและน้ำ ทั้งในกรณี que ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทางปาก แต่ยังมีปัญหาเรื่องการกลืน และต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย เช่น การเช็ดตัว การทำความสะอาดเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย และการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง เช่น การทำกายภาพบำบัดง่ายๆ (รุ่นภา เทียวชะอ้า, 2552) และการสังเกตอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ควรกลับไปพบแพทย์ ฉะนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะฝึกการให้อาหารและน้ำ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง การบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและการสังเกตอาการของผู้ป่วยที่ควรไปพบแพทย์ เพื่อเป็นการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้

2.3 การดูแลแบบผสมผสาน (Complementary therapy) หมายถึง การผสมผสานระหว่างการแพทย์ทางเลือก กับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นการรักษา ร่วมกัน ไม่ใช่การรักษาวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างเดียว และยังรวมไปถึงการดูแลรักษาสุขภาพที่ได้จากผู้อื่น อีกด้วย (ลัดดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2546) จุดมุ่งหมายของการดูแลแบบผสมผสาน เพื่อให้การดูแล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และการฟื้นฟูของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ตลอดจนเป็นการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ช่วยป้องกันโรคที่จะเกิดตามมา ฉะนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะใช้การออกกำลังกายด้วยซึ้ง มาเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมการจัดการกับอาการเหน็ดเหนื่อยของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เนื่องจากการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคประเภทปานกลาง ที่เน้นการเคลื่อนไหวของแขน ร่วมกับการหายใจแบบใช้กล้ามเนื้อ หน้าท้อง กระตุ้นกระบังลม และที่สำคัญยังเป็นการพัฒนาจิตใจไปด้วย ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งจะสามารถลดสาเหตุของความเหน็ดเหนื่อยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน

ให้ผู้ดูแลปฏิบัติการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องและให้จัดการกับอาการด้วยการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง ด้วยตนเองต่อที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และปฏิบัติอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล

Dodd และคณะ (2001) กล่าวว่า การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ (outcomes) ก็จะเป็นประสบการณ์ครั้งใหม่ของผู้ป่วยต่อไป และสำหรับในขั้นตอนนี้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการนำความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง ไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย ร่วมกับประเมินว่าผู้ดูแลปฏิบัติได้ผลอย่างไร และสม่ำเสมอหรือไม่ ติดตามผู้ดูแลเพื่อสอบถามปัญหาและการจัดการอาการ ทางโทรศัพท์และพบผู้ดูแลในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด และจากการบันทึกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะในระยะพักฟื้น กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะซึ่งพาผู้ป่วยมาติดตามการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้นมีความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันและระดับความพิการของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุริพร ธนศิลป์ (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการต่ออาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปวดอึกเสบจากเขื่อนิวโมซิสติสคารินีไอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยปวดอึกเสบจากเขื่อนิวโมซิสติสคารินีไอ จำนวน 40 ราย ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยโปรแกรมการจัดการกับอาการประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการ 2) การเตรียมการจัดการกับอาการ 3) การฝึกทักษะในการจัดการกับอาการและ 4) การประเมินผลการจัดการกับอาการ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้า

โครงการต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการและมีคะแนนของคุณภาพชีวิต ภายหลังเข้าโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนของคุณภาพชีวิต ภายหลังเข้าร่วมโครงการสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนของอาการภายหลังเข้าโครงการต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนของคุณภาพชีวิต ภายหลังเข้าโครงการสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และสุดศิริ หิรัญชุนหะ (2549) ศึกษาอาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลตรังและโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง ให้ความหมายของอาการเหนื่อยล้า ได้แก่ หมดแรง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนแอ หลงลืม ไม่สบายใจ การจัดการกับอาการ โดยการใช้จ่ายและไม่ใช้จ่าย มากกว่าร้อยละ 50 มีการจัดการตามสถานการณ์/ อาการที่เกิด โดยการยืดเส้นยืดสาย ทำตัวให้สดชื่น กินมากขึ้น กำลังใจ

วัชรวรรณ จันทรอินทร์ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่อดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดเพชหญิง ที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย เป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 รายโดยคำนึงถึงความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ และการได้รับเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยกานต์ บุญเรือง และสุนิดา ปรีชาวงษ์ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่อดความรู้ต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย ผลการทดลอง พบว่า ระดับอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมมีระดับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และระดับอาการหายใจลำบากของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

อุทุมพร รูปเล็ก (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกึ่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ชบา เรียนรัมย์ และสุริพร ธนศิลป์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซึ่งกึ่งต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับเคมีบำบัดในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย โดยจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของอายุ และยาเคมีบำบัดสูตรเดียวกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซึ่งกึ่ง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซึ่งกึ่ง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.12, p < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซึ่งกึ่ง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.48, p < .05$)

รุ่งนภา เขียวชะอำ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนปรับตัวในการเผชิญปัญหาในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม และญาติผู้ดูแลมีความต้องการพัฒนาทักษะในการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยในเรื่อง การให้อาหารและน้ำแก่ผู้ป่วย การดูแลทำความสะอาดร่างกายและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกลิ่นเนื้อดิบและข้อติดแข็ง

Hu (Hu, 1991 cited in Tang, 1994) ได้รายงานถึงผลของการใช้ซึ่งกึ่งรักษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 100 คน พบว่าผู้ซึ่งกึ่งมีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาวมากขึ้น ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าเดิมร้อยละ 20

Esterline และคณะ (1992 cited in Ryu et al., 1996) ศึกษาผลของการฝึกซึ่งกึ่งต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ผลการศึกษาพบว่าสรีระภาพของระบบจิตประสาทที่สมดุลเกิดจากการออกกำลังกายและอาจมีส่วนเกี่ยวข้องในการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยผ่านทางต่อมไฮโปทาลามัส พิทูธิตารี และอดรีนัลรวมทั้งฮอร์โมนทางระบบประสาท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้นมีความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น ส่วนจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวันและระดับความพิการของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น และผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะให้ความหมายของอาการเหนื่อยล้า ว่าเป็นอาการที่รู้สึกหมดแรง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนแอ หลงลืม ไม่สบายใจ การจัดการกับอาการโดยการยืดเส้นยืดสาย ทำตัวให้สดชื่น กินมากขึ้น กำลังใจ

การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ที่เน้นการเคลื่อนไหวร่วมกับการหายใจ ก่อให้เกิดสมาธิและผ่อนคลายส่งเสริมการพัฒนาจิตควบคู่กับประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย การปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกเป็นการออกกำลังกายในการลดความเหนื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ประกอบกับการทำสมาธิ ความสงบและความผ่อนคลายส่งเสริมการทำงานของระบบหายใจทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนได้อย่างเหมาะสม ทำให้ร่างกายมีความสมดุล เป็นประโยชน์กับผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องใช้เวลาในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการกับอาการ ได้เหมาะสม จะทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก

1. การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล

โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล แจ้างวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำการวิจัย ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตนเอง จากนั้นประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้การบริหารกาย-จิตด้วยซิงกเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึกต่างๆ

2. การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย

2.1 การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล การบริหารกาย-จิตด้วยซิงกต่อการลดความเหนื่อยล้า และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือ และเปิดโอกาสให้ซักถาม

2.2 การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย

2.2.1 การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย สอนพร้อมสาธิตการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การให้อาหารและน้ำ การเคลื่อนย้าย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง และการสังเกตอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ควรกลับไปพบแพทย์ ทำการฝึกปฏิบัติและให้สาธิตย้อนกลับจนกว่าจะทำได้สำเร็จ ผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความรู้สึกในการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย และช่วยหาแนวทางแก้ไข

2.2.2 การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก สอนพร้อมสาธิตในการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ประกอบด้วย 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทริทะยานฟ้า และท่าที่ 4 ลมปราณชานกษา โดยแนะนำผู้ดูแลทำการฝึกด้วยการมีสมาธิตามการเคลื่อนไหว สัมพันธ์กับลมหายใจ ยึดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง นุ่มนวล และการยืดขยายออก ให้ผู้ดูแลฝึกไปพร้อมๆ กับผู้วิจัยที่ละท่า และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะฝึกสาธิตย้อนกลับจนกว่าจะฝึกได้สำเร็จ จากนั้นพูดคุยสอบถามความรู้สึกในการฝึก ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย และช่วยหาแนวทางแก้ไข มอบสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า

3. การจัดการอาการด้วยตนเองขณะอยู่บ้าน ให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง และบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง 3 ครั้ง/สัปดาห์ และปฏิบัติอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. ประเมินผล ทำการติดตามกลุ่มตัวอย่าง สอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเหนื่อยล้า ปัญหา อุปสรรค และร่วมหาแนวทางการแก้ไข โดยการ โทรศัพท์ติดตาม พบกลุ่มตัวอย่างในวันผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด และจากการบันทึกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ความ
เหนื่อยล้า
ของผู้ดูแล
ผู้ป่วย
บาดเจ็บ
ศีรษะ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (The posttest control group design with one month follow up) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	X	O ₁	O ₂
กลุ่มควบคุม		O ₃	O ₄
O ₁	หมายถึง ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ 2 สัปดาห์		
O ₂	หมายถึง ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ 4 สัปดาห์		
O ₃	หมายถึง ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 2 สัปดาห์		
O ₄	หมายถึง ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 4 สัปดาห์		
X	หมายถึง โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์		

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

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

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 40 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลตามเกณฑ์ดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุจราจร

2. การบาดเจ็บอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ผล Glasgow Coma Scale 3-12 คะแนน
3. ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีระดับความพิการอยู่ในช่วง 4-12 คะแนน
4. ไม่มีการบาดเจ็บในส่วนอื่นๆ ของร่างกาย เช่น การบาดเจ็บของ C-spine

คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

1. อายุ 20 - 59 ปี สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
3. เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง เป็นผู้ดูแลหลักทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน
4. ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน แต่ละกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลงทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn และ Grove, 2005) โดยการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวม 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และพบผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 7 วัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปพักฟื้นต่อที่บ้าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย

2. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีระดับความพิการอยู่ในช่วง 4-12 คะแนน ดังรายละเอียดในตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมส่วนที่ 2 หน้า 150 หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแต่ละคนและบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกและดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองโดยอาศัยความคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์การจับคู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ภายหลังจากที่ได้รับอนุญาตจากผู้ดูแลผู้ป่วยแล้ว ประกอบด้วย อายุ เพศ และระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสร้างขึ้น โดยกัญญารัตน์ พึ่งบรรหาร (2539) ซึ่งใช้แนวคิดการพยากรณ์ผลกลาสโกว (Glasgow Outcome Scale) ของ Jennett และ Bond (1975) ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ระดับความรู้สึกตัว

รู้สึกตัวดีให้ 4 คะแนน

สับสนไม่รู้กาลเวลาและ/สถานที่และ/บุคคลให้ 3 คะแนน

ไม่รู้สึกตัวแต่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นให้ 2 คะแนน

ไม่รู้สึกตัวและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นให้ 1 คะแนน

ด้านที่ 2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ทำเองได้ทั้งหมดให้ 3 คะแนน

พึ่งพาผู้อื่นบางส่วนให้ 2 คะแนน

พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดให้ 1 คะแนน

ด้านที่ 3 การเข้าสังคม

เข้าสังคมได้ตามปกติให้ 4 คะแนน

เข้าสังคมได้แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยให้ 3 คะแนน

เข้าสังคมได้แต่ต้องมีผู้ช่วยเหลือให้ 2 คะแนน

เข้าสังคมไม่ได้เลยให้ 1 คะแนน

ด้านที่ 4 การกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน

กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้ตามปกติให้ 4 คะแนน

กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้แต่ไม่เต็มที่ให้ 3 คะแนน

พักงานหรือพักการเรียน (หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย) ให้ 2 คะแนน

ออกจากงานหรือการเล่าเรียนให้ 1 คะแนน

ความพิการแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ไม่มีความพิการ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง และไม่มีอาการหลงเหลืออยู่
2. มีความพิการเล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ถึงแม้จะพบว่ามีความพิการหลงเหลืออยู่แต่ก็พบว่ามีน้อยมาก ซึ่งสามารถกลับไปทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหมือนก่อนเจ็บป่วยได้
3. มีความพิการระดับปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้อาจรู้สึกตัวดีหรือรู้สึกตัวแต่มีอาการสับสน ไม่รู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคล สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน แต่ยังคงพึ่งพาผู้อื่นในด้านการเงินและการเข้าสังคมอยู่บ้าง เนื่องจากยังคงมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น สติปัญญาและความจำเสื่อม มีอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีความบกพร่องของประสาทสั่งการหรือมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือหรือเข้าสังคมได้ดังเดิม
4. มีความพิการระดับรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะไม่รู้ตัว โดยอาจมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นก็ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเงินและการเข้าสังคม เนื่องจากมีความพิการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความพิการ ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับความพิการ
15 คะแนน	ไม่มีความพิการ
13-14 คะแนน	มีความพิการเล็กน้อย
6-12 คะแนน	มีความพิการในระดับปานกลาง
4-5 คะแนน	มีความพิการในระดับรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศของผู้ดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เป็นแบบวัด Piper Fatigue Mode (Piper et al., 1998) ฉบับของ อุทุมพร รูปเล็ก (2549) ที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามจากแบบประเมินความเหนื่อยล้าของเพิงใจ ดาโลปการ (2545) ซึ่งประกอบด้วย 22 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 ด้าน 1) พฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านสติปัญญา/อารมณ์ จำนวน 6 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric scale) โดยปลายสุดทางซ้ายมือ ตรงกับตำแหน่งของตัวเลข 0 ซึ่งหมายถึง ไม่เลย ส่วนทางด้านขวาสุด ตรงกับตำแหน่งของตัวเลข 10 ซึ่งหมายถึง มากที่สุด การประเมินระดับความเหนื่อยล้ามีคะแนนตั้งแต่ 0-220 คะแนน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคะแนนรวมที่รวบรวมมาได้มาหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ จะได้คะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้า โดยที่คะแนนมากหมายถึงมีความเหนื่อยล้ามาก ส่วนคะแนนน้อยหมายถึงมีความเหนื่อยล้าน้อย

โดย Piper แบ่งระดับความเหนื่อยล้าออกเป็น 4 ระดับ (Piper, 2003) ดังนี้

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

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ซึ่ง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ 2001 ร่วมกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ของนายแพทย์ เทอดศักดิ์ เดชคง (2545) มีจุดมุ่งหมายในการบรรเทาอาการจากความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ขั้นตอนการสร้างโปรแกรมมีดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) และการดูแลสุขภาพแบบผสมผสานด้วยการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิงกของเทอดศักดิ์ เดชคง (2545)

2. สรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก โดยโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแล ประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูล แรงจูงใจประสงค์และขอความร่วมมือในการทำการวิจัย จากนั้นประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของตนเอง จากนั้นประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า สาเหตุและผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการใช้การบริหารกาย-จิตด้วยซิงกเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าจากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล จากนั้นเริ่มสัมภาษณ์กลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึกต่างๆ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ

1. การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล การบริหารกาย-จิตด้วยซิงกต่อการลดความเหนื่อยล้า และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือ และเปิดโอกาสให้ซักถาม

2. การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย

2.1 การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสอนพร้อมสาธิตการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การให้อาหารและน้ำ การเคลื่อนย้าย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง และการสังเกตอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ควรกลับไปพบแพทย์ โดยแนะนำผู้ดูแลทำการฝึกปฏิบัติและให้สาธิตย้อนกลับจนกว่าจะทำได้สำเร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความรู้สึกในการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย และช่วยหาแนวทางแก้ไข

2.2 การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ผู้วิจัยสอนพร้อมสาธิตในการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ประกอบด้วย 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า และท่าที่ 4 ลมปราณชานกาย โดยแนะนำผู้ดูแลทำการฝึกด้วยการมี

สมาธิตามการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับลมหายใจ ยึดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง นุ่มนวล และการยืดขยายออก จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลฝึกไปพร้อมๆ กับผู้วิจัยทีละท่า และให้ผู้ดูแลฝึกสาธิตย้อนกลับ จนกว่าจะฝึกได้สำเร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความรู้สึกในการฝึก ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย และช่วยหาแนวทางแก้ไข จากนั้นมอบสื่อวีดิทัศน์การบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง และคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน ให้ผู้ดูแลปฏิบัติการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องและให้จัดการกับอาการด้วยการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง ด้วยตนเองต่อที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และปฏิบัติอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการนำความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง ไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย ร่วมกับประเมินว่าผู้ดูแลปฏิบัติได้ผลอย่างไร และสม่ำเสมอหรือไม่ การติดตามผู้ดูแลเพื่อสอบถามปัญหาและการจัดการอาการในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด โทรศัพท์ในการติดตามและจากการบันทึกของผู้ดูแล

3. สร้างสื่อที่ใช้ในโปรแกรม โดยสื่อจัดทำขึ้นเพื่อใช้ในโปรแกรม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 แผนการสอนเรื่อง ความเหนื่อยล้าและการบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เนื้อหาครอบคลุมในเรื่อง ความหมายของความเหนื่อยล้า สาเหตุ อาการ การบรรเทาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเหนื่อยล้า

3.2 แผนการสอนเรื่อง การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย เนื้อหาครอบคลุมในเรื่อง การบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การให้อาหารและน้ำ ทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทางปาก แต่ยังมีปัญหาเรื่องการกลืน และต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลผู้ป่วยเรื่องการดูแลทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง และการสังเกตอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ควรกลับไปพบแพทย์

3.3 แผนการสอนเรื่อง การบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง เนื้อหาครอบคลุมในเรื่อง ความหมาย ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนทำการฝึกบริหารซิ้ง ขั้นตอนการอบอุ่นร่างกาย การเปิดลมปราณ ท่าในการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง ประโยชน์ ข้อควรระวัง และผลข้างเคียง

3.4 คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนเรื่องความเหนื่อยล้าและการบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แผนการสอนเรื่องการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และแผนการสอนเรื่องการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ครอบคลุมความหมายของความเหนื่อยล้า สาเหตุ อาการ การบรรเทาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันความเหนื่อยล้า การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ซึ่งผู้ดูแลจะได้รับคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าทุกคน

3.5 วิดิทัศน์ การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชีกง 4 ท่า โดย สุริพร ธนศิลป์ (2555) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้นำมาเผยแพร่ในการทำวิจัยได้ ซึ่งผู้ดูแลจะได้รับวิดิทัศน์การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชีกงทุกคน

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และแบบบันทึกการบริหารกาย-จิต ด้วยชีกง ให้ผู้ดูแลบันทึกทุกครั้งที่ใช้ปฏิบัติ

4.1 แบบบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของกลุ่ม เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล โดยนำมาวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างว่าได้มีการปฏิบัติตามที่กำหนดโดยผลที่วิเคราะห์ได้จะนำไปเป็นส่วนของการอภิปรายผลการทดลอง

4.2 แบบบันทึกการบริหารกาย-จิต ด้วยชีกง ที่ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของกลุ่ม เพื่อติดตามการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชีกงของผู้ดูแล โดยนำมาวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างว่ามีการฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงครบตามที่กำหนด คือ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผลที่วิเคราะห์ได้จะนำไปเป็นส่วนของการอภิปรายผลการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ซึ่งประกอบไปด้วย

1. อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดความเหนื่อยล้า 2 ท่าน
2. ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง 1 ท่าน
3. พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2 ท่าน

ดังในรายละเอียดภาคผนวกหน้า 113

1. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลอง

1.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับแก้ตามคำแนะนำแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้คะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมระหว่างสื่อที่ใช้ และความเหมาะสมในการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จากนั้นคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit and Hungler, 1995) ใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับแก้ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง นำมาคำนวณได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ นำมาคำนวณได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .95

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง สรุปผลได้ดังนี้

1. ให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ในแผนการสอนและคู่มือให้ง่ายต่อการเข้าใจ แก้ไขเนื้อหาโดยลดเนื้อหาที่ไม่จำเป็นออกและปรับแก้คำที่เขียนผิด เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น

2. ปรับปรุงการเรียงลำดับเนื้อหา โดยนำเรื่องการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าทั้งหมดก่อนแล้วตามด้วยการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือกำกับการทดลอง สรุปผลได้ดังนี้ ให้ปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้ง่ายต่อการเข้าใจ แก้ไขเนื้อหาโดยลดเนื้อหาที่ไม่จำเป็นออก ปรับแก้คำที่เขียนผิด และเพิ่มตารางลงในแบบบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและแบบบันทึกการบริหารกาย-จิต ด้วยสีทึบ เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น

ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือกำกับการ

การทดลอง ให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นได้นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมอีกครั้ง

1.2 การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่มีคุณสมบัติลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บราก (Cronbach's alpha coefficient) และนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาระยะเวลาที่ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรม

ผลของการหาความเที่ยง (Reliability)

เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ไปหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่มีคุณสมบัติลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บราก (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .74

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ไปหาความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่มีคุณสมบัติลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บราก (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .95

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทำการศึกษาสำรอง โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์ตรัง จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ระยะเวลา และความเหมาะสมของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกับผู้ดูแลเป็นรายบุคคล โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการ

การเตรียมผู้วิจัย เตรียมความพร้อมของตนเองเพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ความเหนื่อยล้า การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย โดยศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า และเตรียมความพร้อมของตนเองให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการฝึกทักษะการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก โดยศึกษาค้นคว้าจาก ตำรา เอกสารงานวิจัย และฝึกปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก จากอาจารย์ที่ปรึกษา คือ รศ.ดร.สุริพร ธนศิลป์ ผู้วิจัยฝึกฝนด้วยตนเองจนเกิดความชำนาญและมีประสบการณ์สอนการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกในผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็ง ในระหว่างที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ณ วัดคำประมง ต.สว่าง อ.พรรณานิคม จ.สกลนคร

การเตรียมเครื่องมือ รวบรวม สร้าง และทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก แผนการสอนเรื่องความเหนื่อยล้าและการบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แผนการสอนเรื่องการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย แผนการสอนเรื่องการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า วิดิทัศน์ การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิงก แบบบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และแบบบันทึกการบริหารกาย-จิต ด้วยซิงก ที่ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของกลุ่ม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยมีระดับความพิการอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง และอยู่ในขั้นตอนของการวางแผนจำหน่าย ซึ่งอยู่ในช่วง 7 วันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปพักฟื้นต่อที่บ้าน โดยผู้วิจัยประสานงานกับแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย เพื่อร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล 7 วัน ผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 7 วัน ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลเพื่อทำการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มควบคุมยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และให้ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล

ประจำการ ซึ่งประกอบด้วย การให้ข้อมูลกับผู้ดูแล เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะ การป้องกันการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยการใช้แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะร่วมกับการอธิบาย นัดหมายวันที่ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินผล กล่าวขอบคุณผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือ

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุม ในช่วงเช้าของทุกวัน แนะนำตัวเองพูดคุยทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพ จากนั้นได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย กลุ่มควบคุมทุกคนยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และให้พยาบาลประจำการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เป็นรายบุคคล จากนั้นผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์ผู้ดูแลเพื่อติดตาม และนัดหมายเพื่อประเมินความเหนื่อยล้า หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ซึ่งทุกคนให้ความร่วมมือ

2. ประเมินผลโดยผู้วิจัยพบผู้ดูแลตามนัด เพื่อประเมินความเหนื่อยล้า ให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลตามนัด หลังได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในสัปดาห์ที่ 2 ซึ่งผู้ดูแลทุกคนให้ความร่วมมือมาพบผู้วิจัยตามนัด ให้ผู้ดูแลประเมินความเหนื่อยล้า และนัดหมายที่จะพบกับกลุ่มควบคุมอีกหลังจากนี้ 2 สัปดาห์ ทุกคนตอบตกลง ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือ

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลตามนัด หลังได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งผู้ดูแลทุกคนให้ความร่วมมือมาพบผู้วิจัยตามนัด ผู้วิจัยพูดคุยสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและให้ผู้ดูแลประเมินความเหนื่อยล้า จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและวิถีทัศนคติการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิกง ให้ผู้ดูแลได้กลับไปปฏิบัติที่บ้านและให้แนะนำถึงวิธีการปฏิบัติ ผลของการปฏิบัติที่มีต่อการลดความเหนื่อยล้าในผู้ดูแล

กลุ่มทดลอง

1. ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 7 วัน ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแลเพื่อทำการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวผู้วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิกง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแลเอง ผู้วิจัยประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า

สาเหตุ ผลกระทบ การดูแลตนเอง การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การใช้การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิงกิงในการบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแล

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแลเอง จากนั้นผู้วิจัยประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า สาเหตุ ผลกระทบ การดูแลตนเอง การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การใช้การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิงกิงในการบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยจากผู้ดูแล ผู้วิจัยถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ดูแล

2. ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 วัน ผู้วิจัยพบผู้ดูแลเพื่อให้ความรู้ ก่อนให้ความรู้ ฝึกผ่อนคลายด้วยซิงกิงท่าพื้นฐานเพื่อความผ่อนคลาย ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการสอนประกอบกับแจกคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าเป็นรายบุคคล ในเรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการ และการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และสามารถควบคุมอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งประกอบด้วย การบริหารจัดการเวลา การให้อาหารและน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการสังเกตอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ควรกลับไปพบแพทย์ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับการแจกคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า แบบบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และแบบบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกิง ที่ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของคู่มือ และวีดิทัศน์การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิงกิง ให้ผู้ดูแลได้กลับไปทบทวนและปฏิบัติต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ดูแล ณ ห้องประชุม หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อให้ความรู้ในช่วงเช้า โดยก่อนให้ความรู้ ฝึกผ่อนคลายด้วยซิงกิงท่าพื้นฐานเพื่อความผ่อนคลาย จากนั้นดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น และให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งประกอบด้วย การบริหารจัดการเวลา การให้อาหารและน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการสังเกตอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ควรกลับไปพบแพทย์ ขณะให้ความรู้ ผู้วิจัยได้แจกคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยและวีดิทัศน์การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิงกิง เพื่อให้ผู้ดูแลได้ศึกษาเพิ่มเติม

และเพื่อให้ผู้ดูแลได้บันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก ใน ส่วนท้ายของเล่ม เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามในสิ่งที่ยังสงสัยหรือไม่เข้าใจ ซึ่งผู้ดูแลทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมให้ความร่วมมือ และตั้งใจฟังการให้ความรู้เป็นอย่างดี

3. ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 5 วัน, 4 วัน และ 3 วัน ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแล ทบทวนความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุ อาการของความเหนื่อยล้า ด้วยวิธีการ สอนประกอบกับคู่มือเป็นรายบุคคล ในเรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการ การจัดการกับอาการเพื่อ บรรเทาความเหนื่อยล้า การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง ก ผู้วิจัยปฏิบัติการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยพร้อมกับผู้ดูแล ดังนี้ 1) ปฏิบัติการบริหารจัดการเวลา โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจัดสรรเวลาของตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และผู้วิจัย แนะนำหลักการบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะให้สอดคล้องกับการจัดสรรเวลา ของผู้ดูแล และเหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2) ปฏิบัติทักษะการจัดการผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะ ประกอบด้วย การให้อาหารและน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลทำความสะอาด ร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และ แนะนำผู้ดูแลทำการฝึกปฏิบัติจนกว่าจะทำได้สำเร็จ และ 3) แนะนำการสังเกตอาการของผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะที่ควรกลับไปพบแพทย์ ผู้วิจัยปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกพร้อมกับผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทริทะยานฟ้า และ ท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา แนะนำผู้ดูแลทำการฝึกด้วยการมีสมาธิตามการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับ ลมหายใจ และฝึกการเก็บพลัง พุคคฺยสอบถามถึงปัญหาและความรู้สึกรของการฝึก โดยผู้วิจัยทำการ ตอบข้อสงสัยของกลุ่มทดลองและร่วมหาแนวทางในการแก้ปัญหา

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 - 5 ผู้วิจัยพบผู้ดูแล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุในช่วง เข้า ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ทบทวนความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุ อาการของความ เหนื่อยล้า ด้วยวิธีการสอนประกอบกับคู่มือเป็นรายบุคคล ในเรื่อง ความหมาย สาเหตุ อาการ การ จัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและ ในครั้งที่ 3 ที่พบกลุ่ม ตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้กับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก ซึ่งในครั้งที่ 3-5 นี้ผู้วิจัยปฏิบัติการ บริหารกาย-จิตด้วยซึ่งกพร้อมกับผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอก ขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทริทะยานฟ้า และท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา แนะนำผู้ดูแลทำการฝึกด้วยการมี สมาธิตามการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับลมหายใจ และฝึกการเก็บพลัง พุคคฺยสอบถามถึงปัญหาและ ความรู้สึกรของการฝึก โดยผู้วิจัยทำการตอบข้อสงสัยของกลุ่มทดลองและร่วมหาแนวทางในการ แก้ปัญหา ส่วนในช่วงเย็น ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยพร้อมกับผู้ดูแล ดังนี้ 1) ปฏิบัติการบริหารจัดการเวลา โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจัดสรรเวลาของตนเองใน

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และผู้วิจัยแนะนำหลักการบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะให้สอดคล้องกับการจัดสรรเวลาของผู้ดูแล และเหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2) ปฏิบัติทักษะการจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประกอบด้วย การให้อาหารและน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และแนะนำผู้ดูแลทำการฝึกปฏิบัติจนกว่าจะทำได้สำเร็จ และ 3) แนะนำการสังเกตอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ควรกลับไปพบแพทย์ พูดคุยสอบถามถึงปัญหาและความรู้สึกของการฝึก โดยผู้วิจัยทำการตอบข้อสงสัยของกลุ่มทดลองและร่วมหาแนวทางในการแก้ปัญหา ในช่วงแรกที่ฝึกปฏิบัติผู้ดูแลยังไม่กล้าที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วยเพราะกลัวผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงวิธีการดูแลที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลทุกคนสามารถปฏิบัติได้

4. ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 วัน ผู้วิจัยไปพบผู้ดูแล ทบทวนความรู้ในการจัดการกับอาการ ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการเวลา ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจัดสรรเวลาของตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 2) ปฏิบัติทักษะการจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประกอบด้วย การให้อาหารและน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และ 3) สอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับการสังเกตอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ควรกลับไปพบแพทย์ และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง ประกอบด้วย 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า และท่าที่ 4 ลมปราณชานกาศา แนะนำผู้ดูแลทำการฝึกด้วยการมีสมาธิตามการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับลมหายใจ และฝึกการเก็บพลัง ผู้วิจัยพูดคุยสอบถามถึงปัญหาและความรู้สึกของการฝึก โดยผู้วิจัยทำการตอบข้อสงสัยของกลุ่มทดลองและร่วมหาแนวทางในการแก้ปัญหา แนะนำการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองขณะอยู่บ้าน โดยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำรวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ และให้กลุ่มทดลองประเมินการปฏิบัติด้วยตนเองในแบบบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยซึ่งอยู่ในท้ายเล่มของกลุ่มมือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และนัดหมายวันที่ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเพื่อประเมินผล คือภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ แนะนำการจัดการกับอาการด้วยตนเองขณะอยู่บ้าน โดยให้ผู้ดูแลตนเองตามคำแนะนำและบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง โดยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 30 นาที เช้าหรือเย็น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ และให้กลุ่มทดลองประเมินการปฏิบัติด้วยตนเองในแบบบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง ซึ่งอยู่ในท้ายเล่มของกลุ่มมือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และนัดหมายวันที่ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเพื่อประเมินผล คือภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 6 ผู้วิจัยพบผู้ดูแล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุในช่วงเช้า ใช้เวลา 1 ชั่วโมง บทวนความรู้ในการจัดการกับอาการ ให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ้ง ส่วนในช่วงเย็นให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลทุกคนสามารถปฏิบัติได้

5. ขณะที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่บ้าน ให้ผู้ดูแลดูแลตนเองตามคำแนะนำ และบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง โดยปฏิบัติอย่างน้อยวันละ 30 นาที เช้าหรือเย็น อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ บันทึกกิจกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยไว้ในแบบบันทึกที่อยู่ในส่วนท้ายของคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และบันทึกกิจกรรมการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ้งไว้ในแบบบันทึกทุกครั้งปฏิบัติ

6. โทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลภายหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค และร่วมหาแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง จากนั้นประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยพบผู้ดูแลตามนัด เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตามการบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและแบบบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง กระตุ้นเตือนให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวต่อไป ให้ความรู้ซ้ำอีกครั้งในสิ่งที่ผู้ดูแลยังรับรู้ไม่ถูกต้อง กล่าวขอบคุณผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือ

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 7 ผู้วิจัยพบผู้ดูแล ภายหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 2 ประเมินผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้า ติดตามการบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและแบบบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง กระตุ้นเตือนให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวต่อไป กล่าวขอบคุณผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือ ซึ่งผู้ดูแลทุกคนมาพบตามนัด

7. ประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ พบผู้ดูแลตามนัดภายหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อ สอบถามปัญหา อุปสรรค และร่วมหาแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ดูแล และประเมินผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ติดตามการบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้ง กระตุ้นเตือนให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวต่อไป กล่าวขอบคุณผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือ

พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 8 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลตามนัดภายหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 4 สอบถามปัญหา อุปสรรค และร่วมหาแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ดูแล และประเมินผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ และติดตามการบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง

ผลการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง

จากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 1 ผู้ดูแลทุกคนมีสัมพัทธภาพที่ดีกับผู้วิจัย ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองและให้ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เล่าถึงประสบการณ์ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ในมุมมองของตนเอง และต้องการความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า สาเหตุ ผลกระทบ การดูแลตนเอง การจัดการกับอาการเหนื่อยล้า การใช้การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงในการบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย

จากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ดูแล ณ ห้องประชุม หอผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อให้ความรู้ในช่วงเช้า ผู้ดูแลฝึกผ่อนคลายด้วยซึ่งงทำพื้นฐานร่วมกับผู้วิจัย เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุของความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น และความรู้เกี่ยวกับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ขณะให้ความรู้ ผู้วิจัยได้แจกคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าและวิดิทัศน์การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง เพื่อให้ผู้ดูแลได้ศึกษาเพิ่มเติม ผู้ดูแลทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมให้ความร่วมมือ และตั้งใจฟังการให้ความรู้เป็นอย่างดี มีผู้ดูแลบางคน สอบถามถึงการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงว่าปฏิบัติอย่างไร ผู้วิจัยได้ชี้แจงและให้เหตุผลในการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงและได้แจ้งกับผู้ดูแลว่าจะให้ความรู้เพิ่มเติมในวันถัดไป ซึ่งผู้ดูแลก็ยินดีที่จะเรียนรู้ข้อมูลในวันถัดไป

จากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 3 ผู้วิจัยพบผู้ดูแล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ในช่วงเช้า ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้ดูแลร่วมทบทวนความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุ อาการของความเหนื่อยล้า ด้วยวิธีการสอนประกอบกับคู่มือเป็นรายบุคคล ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและได้เรียนรู้เกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง ขณะให้ความรู้ผู้ดูแลอยากให้ผู้วิจัยช่วยสอนการบริหารกาย-จิตไปด้วยเลย ดังนั้นขณะให้ความรู้จึงสาธิตให้ผู้ดูแลดูและให้ผู้ดูแลร่วมปฏิบัติพร้อมกับผู้วิจัย ซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามได้ แต่ยังจดจำทำต่างได้ไม่ครบ จึงมีการเสริมแรงและ

กระตุ้นให้ฝึกต่อเนื่อง จะทำให้สามารถปฏิบัติได้ดี ส่วนในช่วงเย็น ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ฝึกปฏิบัติการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยพร้อมกับผู้ดูแล ดังนี้ 1) ปฏิบัติการบริหารจัดการเวลา ผู้ดูแลสามารถจัดสรรเวลาของตนเองในการดูแลผู้ป่วย 2) ปฏิบัติทักษะการจัดการผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งผู้ดูแลสามารถฝึกการให้อาหารและน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้ โดยก่อนที่จะลงมือปฏิบัติผู้ดูแลยังกังวลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ปฏิบัติ ซึ่งผู้ดูแลบางคนบอกว่า กลัวว่าตนเองจะไม่สามารถทำได้ กลัวผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บมากยิ่งขึ้น ทางผู้วิจัยจึงได้แนะนำขั้นตอนการปฏิบัติอีกครั้งหนึ่งก่อนที่จะให้ปฏิบัติจริง ร่วมปฏิบัติกับผู้ดูแล และกล่าวคำชื่นชมและให้กำลังใจกับผู้ดูแล และ 3) แนะนำการสังเกตอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ควรกลับไปพบแพทย์ ผู้ดูแลสามารถบอกอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ควรกลับไปพบแพทย์ได้

จากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 4 ผู้วิจัยพบผู้ดูแล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ในช่วงเช้า ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้ดูแลปฏิบัติการบริการกาย-จิตด้วยซิงก์ พร้อมกับผู้วิจัยได้ และผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่า ขณะฝึกซิงก์รู้สึกว่าร่ากายร้อนขึ้น มีสมาธิแต่บางครั้งสมาธิก็หลุดไปบางช่วงขณะ และขณะฝึกเก็บพลังรู้สึกว่าร้อนวูบวาบที่ฝ่ามือ ผู้วิจัยจึงได้แนะนำให้ฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะทำให้มีสมาธิ และเกิดการผ่อนคลายมากยิ่งขึ้น ส่วนในช่วงเย็น ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลที่กังวลหรือกลัวผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บมากยิ่งขึ้นสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้นเหมือนกับผู้ดูแลคนอื่นๆ

จากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 5 ผู้วิจัยพบผู้ดูแล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ในช่วงเช้า ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้ดูแลปฏิบัติการบริการกาย-จิตด้วยซิงก์ พร้อมกับผู้วิจัยได้ และผู้ดูแลส่วนใหญ่บอกว่าตนเองรู้สึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยจึงได้แนะนำให้ฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ดูแลบางคนบอกว่าบางครั้งสมาธิหลุดแต่ก็ยังคงฝึกปฏิบัติได้และมีสมาธิในระหว่างการฝึกมากขึ้นกว่าเดิม ส่วนในช่วงเย็น ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้และมั่นใจมากขึ้น

จากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 6 ผู้วิจัยพบผู้ดูแล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ในช่วงเช้า ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ผู้ดูแลบอกการจัดการกับอาการและสาธิตย้อนกลับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก์ ได้อย่างถูกต้องทุกคน ส่วนในช่วงเย็นผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้องทุกคน ผู้วิจัยจึงได้แนะนำให้กลับไปปฏิบัติที่บ้านและจะติดตามเป็นระยะๆ ในช่วง 4 สัปดาห์ และจะติดตามผลใน 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ตามนัด หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ดูแลทุกคนได้รับการโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งทุกคนได้ปฏิบัติการบริหารจัดการผู้ป่วยและบริหารกาย-จิตด้วยชีกง โดยฝึกปฏิบัติการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในทุกวันและบริหารกาย-จิตด้วยชีกง 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ดูแลบางคนมีการฝึกบริหารกาย-จิตด้วยชีกงติดต่อกัน 2 วัน วันละประมาณ 30 นาที อีก 1 วันเว้นช่วงเวลาการฝึกไป 2 วัน แต่ยังคงปฏิบัติ 3 ครั้งต่อวัน ผู้วิจัยได้แนะนำ สามารถปฏิบัติติดต่อกันได้ โดยในแต่ละสัปดาห์แนะนำให้ปฏิบัติอย่างน้อยให้ได้ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 นาที

จากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 7 ผู้วิจัยพบผู้ดูแล ภายหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 2 ผู้ดูแลทุกคนมาพบผู้วิจัยตามนัดและได้ประเมินความเหนื่อยล้า ผู้วิจัยติดตามการบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและแบบบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ผู้ดูแลทุกคนมีการลงบันทึกกิจกรรมทั้งหมดอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนให้กำลังใจในการปฏิบัติตัวต่อไป กล่าวขอบคุณผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือ

จากการดำเนินการทดลองครั้งที่ 8 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลตามนัดภายหลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดมาพบผู้วิจัยตามนัดและได้ประเมินความเหนื่อยล้า มีผู้ดูแล 2 คนไม่สามารถมาตามนัดได้ ผู้วิจัยจึงใช้โทรศัพท์ติดตาม ซึ่งผู้ดูแลให้เหตุผลว่า เนื่องจากไม่มีคนเฝ้าบ้าน จึงไม่พาผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดแต่จะมาสัปดาห์หน้า ส่วนอีกคนลืมวันนัด ผู้วิจัยใช้วิธีการพูดคุย สอบถาม ผ่านทางโทรศัพท์ ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการประเมินความเหนื่อยล้าเป็นอย่างดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองหลังจากโครงสร้างการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือในการใช้สถานที่ในการทำวิจัย
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวัน สัมภาษณ์ชื่อผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และพบผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบาย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับเดียวกัน

4. ดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการใช้เวลาคนละประมาณ 15-20 นาทีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการและได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงเพื่อป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าจากผู้วิจัย

5. ประเมินความเหนื่อยล้าภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวหลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมจากโรงพยาบาลศูนย์ตรังเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้เพื่อเป็นการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาการดำเนินการวิจัย และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้ลงนามยินยอมโดยไม่มีการบังคับ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนการวิจัยจะสิ้นสุด โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย

ผลการกำกับการทดลอง

1. ในระหว่างการฝึกปฏิบัติการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศูนย์ ตรัง พบว่า ขณะฝึกปฏิบัติการกิจกรรมต่างๆ โดยการสังเกตของผู้วิจัย ขณะทำการสาธิตย้อนกลับ ผู้ดูแลทุกคนสามารถปฏิบัติทักษะต่างๆ ได้ถูกต้อง ให้ความสำคัญร่วมมือและตั้งใจในการฝึกทุกคน

2. แบบบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของคู่มือ เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ในการติดตามผลการกำกับการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 พบว่า

ผู้ดูแลทุกคนมีการบันทึกกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยตามที่ผู้วิจัยได้แนะนำทุกวัน ทั้งวิธีการให้อาหารและน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีผู้ดูแล 3 คน ให้ข้อมูลว่า “แบบบันทึกนี้ถ้าให้ทำเครื่องหมาย (/) เพียงอย่างเดียว เหมือนการบันทึกการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ้งง จะดีมาก” ทั้งนี้ผู้ดูแลทั้ง 3 คน ก็บันทึกกิจกรรมต่างๆ ทุกกิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วย

3. แบบบันทึกการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ้งง ที่ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของกลุ่มมือ เพื่อติดตามการฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งงของผู้ดูแล ในการติดตามผลการกำกับการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทุกคนมีการบันทึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ้งงทุกคน โดยมีการบันทึกสัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยมีการบันทึกวัน เดือน ปี ที่ทำการฝึก การฝึกหายใจ การฝึกซึ้งงทั้ง 4 ท่า การเก็บพลัง และมีการบันทึกระยะเวลาในการฝึกแต่ละครั้งซึ่งทุกคนฝึกแต่ละครั้งใช้เวลา 30 นาทีขึ้นไป ไม่เกิน 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) และหาค่าร้อยละ (percentage)

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

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่เข้ารับการรักษที่เข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศูนย์ศรีรัง จำนวน 40 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยกำหนดให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์

ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
20 – 29 ปี	7	35.00	9	40.00
30 – 39 ปี	8	40.00	7	35.00
40 – 49 ปี	4	20.00	3	15.00
50 – 59 ปี	1	5.00	1	5.00
เพศ				
หญิง	13	65.00	13	65.00
ชาย	7	35.00	7	35.00
สถานภาพสมรส				
คู่	9	45.00	15	75.00
โสด	8	40.00	5	25.00
หย่า	2	10.00	0	0.00
หม้าย	1	5.00	0	0.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	5	25.00	3	15.00
มัธยมศึกษา	6	30.00	7	35.00
ปวช./ อนุปริญญา	5	25.00	5	25.00
ปริญญาตรี	4	20.00	5	25.00

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ของผู้ดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา				
พุทธ	16	80.00	14	70.00
อิสลาม	4	20.00	6	30.00
อาชีพ				
เกษตรกรกรรม	10	50.00	3	15.00
รับจ้าง	8	40.00	14	70.00
ค้าขาย	2	10.00	2	10.00
รับราชการ	0	0.00	1	5.00
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	4	20.00	7	35.00
10,000 – 20,000 บาท	14	70.00	12	60.00
20,001 บาท ขึ้นไป	2	10.00	1	5.00
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
คู่สมรส	7	35.00	8	40.00
พี่หรือน้อง	6	30.00	5	25.00
บุตร	4	20.00	3	15.00
บิดา – มารดา	3	15.00	4	20.00

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน พบว่า มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 – 39 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 50 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 70 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 35

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน พบว่า มีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 20 – 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 70 มีรายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 10,000 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 40

ส่วนที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลและระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้การดูแล
จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับความพิการ ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
15 – 25 ปี	4	20.00	4	20.00
26 – 35 ปี	7	35.00	7	35.00
36 – 45 ปี	3	15.00	3	15.00
46 – 60 ปี	6	30.00	6	30.00
เพศ				
ชาย	20	100.00	20	100.00
ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ				
พิการในระดับปานกลาง	18	90.00	18	90.00
พิการในระดับรุนแรง	2	10.00	2	10.00
สาเหตุการได้รับบาดเจ็บศีรษะ				
อุบัติเหตุจากรถ	20	100	20	100

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 26 – 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 ทั้งหมดเป็นเพศชาย มีระดับความพิการส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 90 ทั้งหมดมีสาเหตุการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

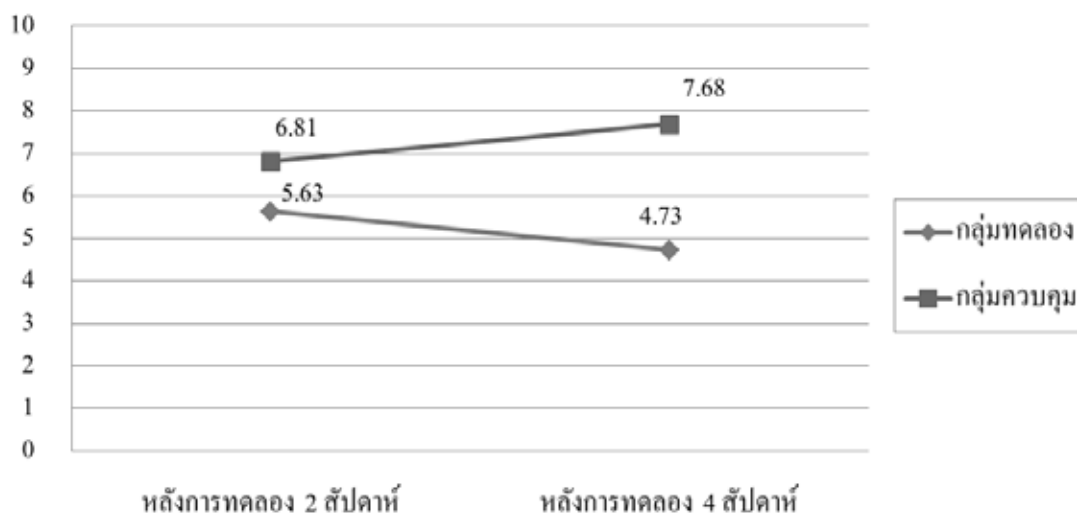
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

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

** p < .01

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.81 และกลุ่มทดลองเท่ากับ 5.63 ซึ่งมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.68 ซึ่งมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับมาก และกลุ่มทดลองเท่ากับ 4.73 ซึ่งมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ Independent t-test หลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาพที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



จากภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาที่ต่างกัน คือ

คะแนนความเหนื่อยล้าครั้งที่ 1 ประเมินหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

คะแนนความเหนื่อยล้าครั้งที่ 2 ประเมินหลังการทดลอง 4 สัปดาห์

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้านหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

ความเหนื่อยล้า	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ด้านร่างกายและจิตใจ	6.09	.592	7.24	.847	38	4.97**
2. ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้า	5.90	.918	7.07	.808	38	4.27**
3. ด้านสติปัญญาและอารมณ์	5.75	.672	6.83	.723	38	4.86**
4. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรงของความเหนื่อยล้า	4.90	.829	6.21	.781	38	5.13**
ความเหนื่อยล้าโดยรวม	5.63	.581	6.81	.559	38	6.52**

** p < .01

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้านหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่สูงสุด ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจมีค่าเท่ากับ 6.09 รองลงมาคือ ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้ามีค่าเท่ากับ 5.90 ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้านหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มควบคุมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่สูงสุด ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจมีค่าเท่ากับ 7.24 รองลงมาคือ ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้ามีค่าเท่ากับ 7.07

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้านหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

ความเหนื่อยล้า	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
1. ด้านร่างกายและจิตใจ	5.11	.647	7.88	.603	38	14.00**
2. ด้านสติปัญญาและอารมณ์	4.89	.658	7.90	.575	38	15.38**
3. ด้านการให้ความหมายของ ความเหนื่อยล้า	4.86	.846	7.88	.646	38	12.67**
4. ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ของความเหนื่อยล้า	4.17	.634	7.15	.708	38	13.98**
ความเหนื่อยล้าโดยรวม	4.73	.563	7.68	.377	38	19.42**

** p < .01

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้านหลังการทดลอง 5 สัปดาห์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่สูงสุด ได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจมีค่าเท่ากับ 5.11 รองลงมาคือ ด้านสติปัญญาและอารมณ์มีค่าเท่ากับ 4.89 ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้ารายด้านหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มควบคุมโดยรวมอยู่ในระดับมาก พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่สูงสุด ได้แก่ ด้านสติปัญญาและอารมณ์มีค่าเท่ากับ 7.90 รองลงมาคือ ด้านการให้ความหมายของความเหนื่อยล้ามีค่าเท่ากับ 7.88 และด้านร่างกายและจิตใจมีค่าเท่ากับ 7.88

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (The Posttest control group design) โดย

กลุ่มควบคุม	คือ	ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
กลุ่มทดลอง	คือ	ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงและได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

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

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ครั้ง จำนวน 40 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยและผู้ดูแลตามเกณฑ์ดังนี้

คุณสมบัติของผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจากการได้รับอุบัติเหตุจราจร หรืออุบัติเหตุอื่นๆ
2. การบาดเจ็บอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ผล Glasgow Coma Scale 3-12 คะแนน
3. ระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ มีความพิการอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง โดยมีระดับความพิการอยู่ในช่วง 4-12 คะแนน
4. ไม่มีการบาดเจ็บในส่วนอื่นๆ ของร่างกาย เช่น การบาดเจ็บของ C-spine

คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

1. อายุ 20 - 59 ปี สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
3. เป็นบิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง เป็นผู้ดูแลหลักทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน
4. ยินดีและเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และพบผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ 7 วัน ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปพักฟื้นต่อบ้าน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย

2. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยจัดให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับเดียวกัน หลังจากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะแต่ละคนและบันทึกลักษณะของตัวแปรควบคุมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ หลังจากนั้นจึงดำเนินการคัดเลือกและดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองโดยอาศัยความคล้ายคลึงกันตามเกณฑ์การจับคู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

2.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก

3.2 แผนการสอนเรื่อง ความเหนื่อยล้าและการบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย และการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก

3.3 คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า

3.4 วัตถุประสงค์ การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิงก

4. เครื่องมือกำกับการทดลอง

4.1 แบบบันทึกการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของคู่มือ

4.2 แบบบันทึกการบริหารกาย-จิต ด้วยซิงกที่ผู้วิจัยสร้างไว้ในส่วนท้ายของคู่มือ

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นรายบุคคล โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะเตรียมการ

ระยะดำเนินการทดลอง

ระยะประเมินผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองหลังจากโครงสร้างการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือในการใช้สถานที่ในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวัน สํารวจรายชื่อผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และพบผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เฉพาะที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจัดเข้ากลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้บาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับเดียวกัน

4. ดำเนินการให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการใช้เวลาคนละประมาณ 15-20 นาทีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการและได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชิงกเพื่อป้องกันการเกิดความเหนื่อยล้าจากผู้วิจัยเป็นรายบุคคล พบกลุ่มทดลองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งหมด 6 วัน วันละ 2 ชั่วโมง โดยดำเนินกิจกรรม ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง

5. ประเมินความเหนื่อยล้าภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามและนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดด้วยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) และหาร้อยละ (percentage)

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชิงกร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง มีความเหนื่อยล้าหลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน

สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้การดูแลแบบองค์รวมและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่อง โดยจุดศูนย์กลางอยู่ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในการจัดการกับความเหนื่อยล้า โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเกิดการรับรู้ มีความเข้าใจถึงความเหนื่อยล้าและการบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการมีส่วนร่วมช่วยในการจัดการกับความเหนื่อยล้าเพื่อ บรรเทาความรุนแรง ด้วยการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะให้มีความสามารถในการบรรเทา ความเหนื่อยล้าด้วยตัวเอง ด้วยการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงและการบริหารจัดการดูแล ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยยึดแนวคิดการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) ซึ่งมีแนวคิดว่าการ รักษาโรคที่มุ่งรักษาเพียงสาเหตุไม่สามารถควบคุมอาการได้ ต้องมีการจัดการกับสาเหตุของอาการ และอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าเดิม ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

โดยการจัดโปรแกรมให้กับกลุ่มทดลองก่อนผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มทดลองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 7 วัน แบ่งพบกลุ่มทดลองวันละ 2 ชั่วโมง โดยในแต่ละครั้งที่พบกลุ่มทดลองจะนัดล่วงหน้า เพื่อให้เกิดความพร้อมของกลุ่มทดลอง ซึ่งในขั้นต้นแรก เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะกับผู้วิจัย เป็นการสร้างความไว้วางใจ

ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในการที่จะเปิดเผยข้อมูลต่างๆ จากนั้นประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล่าถึงประสบการณ์การรับรู้และการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น จากการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเอง หลังจากที่ผู้วิจัยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้วิจัยเริ่มให้ความรู้ตามหลักการจัดการกับอาการของ Dodd และคณะ (2001) เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการรับรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ให้มีการรับรู้ตรงตามสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง สามารถควบคุมอาการได้อย่างเหมาะสม

หลังจากนั้นผู้วิจัยพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยการให้ความรู้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าตามสาเหตุที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการสอนประกอบกับคู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า ในเรื่องของความเหนื่อยล้า สาเหตุ ผลกระทบของความเหนื่อยล้า การบรรเทาความเหนื่อยล้า ให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติ และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสาธิตย้อนกลับ เกี่ยวกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กงและการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย

การบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Complementary therapy) เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิคประเภทปานกลาง เน้นการเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลาย และการปฏิบัติสมาธิ และการกำกับการหายใจเพื่อเพิ่มพลังชีวิต โดยหายใจเข้าที่ท้องพอง หายใจออกที่ท้องแฟบ เกิดผลต่อจิตใจคือ ทำให้จิตใจสงบ สมาธิระหว่างการฝึกจะทำให้สมองปลอดโปร่ง ช่วยในการไหลเวียนของโลหิต การทำงานของหัวใจลดลง ความดันเลือดลดลง กล้ามเนื้อมีการยืดเหยียด ทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรง การหายใจช้าลงทำให้ความต้องการออกซิเจนและอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลง เกิดความสมดุลในร่างกาย (สุริพร ธนศิลป์, 2552; Tang, 1994) เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายให้ดีขึ้น (Ream and Richardson, 1999) ช่วยลดระดับฮอร์โมนคอร์ติซอลในกระแสเลือด ทำให้ระดับความเครียดที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดความเหนื่อยล้าลดลง เนื่องจากการปฏิบัติชี่กงจะทำให้มีการเพิ่มการผลิต Endorphin hormone ออกมามากขึ้น ซึ่ง Endorphin มีคุณสมบัติเป็นสารสื่อประสาทส่งผลกระทบต่อ Operate receptor ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว ดังนั้นเมื่อความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงจะทำให้มีอาการเหนื่อยล้าลดลงได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2547; Liang, 1997; Ryu, Jun & Lee, 1996)

การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย เป็นส่วนหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความต้องการเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วย ทักษะการให้อาหารและน้ำ ทั้งในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทางปาก แต่ยังมีปัญหาเรื่องการกลืน และต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย เช่น การเช็ดตัว การทำความสะอาดเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย และการทำกายภาพบำบัดต่างๆ เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง (รุ่ง

นภา เขียวชะอำ, 2552) โดยปฏิบัติเป็นรายบุคคลจนกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจะสามารถปฏิบัติได้ และเปิดโอกาสให้ซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ร่วมกับการให้คู่มือการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าและวิตกกังวลเรื่อง การฝึกบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง 4 ท่า (สุริพร ธนศิลป์, 2555) กลับไปพบทวนที่บ้าน ซึ่งวิธีการดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจและการรับรู้สาเหตุของการเกิดอาการได้ถูกต้องมากขึ้น รวมทั้งมีทักษะที่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมที่บุคคลเป็นอยู่หรือที่ปฏิบัติในอนาคต ให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสม (จรัสศรี อินทรสมหวัง, 2543)

หลังจากนั้นประเมินผลโดยการติดตามผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจากผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยติดตามกลุ่มทดลองด้วยการโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค และร่วมหาแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และกระตุ้นเตือน เสริมสร้างกำลังใจให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเกิดแรงจูงใจและมีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่อไป จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเพื่อประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วยการให้ข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การป้องกันการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนและการดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยการใช้แผ่นพับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะร่วมกับการอธิบายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มควบคุมได้รับความรู้ไม่ครอบคลุมทุกด้าน โดยเน้นการรับรู้อาการและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะประกอบการใช้แผ่นพับร่วมกับการอธิบายเท่านั้น แต่ขาดการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าหลังรับบทบาทดังกล่าว ซึ่งการพยาบาลตามปกติช่วยในระยะยาวไม่ได้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภายหลังที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิ้ง ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนความเหนื่อยล้าเท่ากับ 6.81 อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้า เท่ากับ 5.63 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนความเหนื่อยล้าเท่ากับ 7.68 อยู่ในระดับมาก กลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้า เท่ากับ 4.73 อยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น ส่วนกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมมีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลง ซึ่งคะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2

และ 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชบา เรียนรัมย์ (2551) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซึ่งต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย กลุ่มทดลอง 20 ราย ค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.48, p < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร รูปเล็ก (2549) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเหนื่อยล้าภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรวรรณ จันทร์อินทร์ (2548) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 2 สัปดาห์ คะแนนความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณารายด้านหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความเหนื่อยล้าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน แต่เมื่อพิจารณาคะแนนความเหนื่อยล้าพบว่า คะแนนที่ยังคงสูงสุดของทั้ง 2 กลุ่ม คือ ด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้า เท่ากับ 6.09 กลุ่มควบคุมมีคะแนนความเหนื่อยล้า เท่ากับ 7.24 และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเหนื่อยล้าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่คะแนนยังคงสูงสุดของกลุ่มทดลอง คือ ด้านร่างกายและจิตใจ เท่ากับ 5.11 แต่ระดับคะแนนความเหนื่อยล้าของด้านนี้ต่ำกว่าหลังสิ้นสุดโปรแกรม 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับความเหนื่อยล้าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่คะแนนสูงสุดของกลุ่มควบคุม คือ ด้านสติปัญญาและอารมณ์ เท่ากับ 7.90 ดังนั้น โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งนี้ อาจต้องเพิ่มระยะเวลาในการปฏิบัติให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลมีระดับความเหนื่อยล้าที่ลดลง ซึ่งจะเห็นได้ว่า แนวโน้มของกลุ่มทดลองมีคะแนนความเหนื่อยล้าลดลงเรื่อยๆ แต่คะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเหนื่อยล้าในระดับที่เพิ่มมากขึ้น

เมื่อพิจารณาแนวโน้มความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ พบว่า เมื่อระยะเวลาการดูแลยาวนานมากขึ้นผู้ดูแลกลุ่มทดลองจะมีระดับคะแนนความเหนื่อยล้าลดลงเรื่อยๆ ส่วนผู้ดูแล

กลุ่มควบคุมจะมีระดับคะแนนความเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อูทุมพร รูปเล็ก (2549) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มควบคุมหายากยาวนานมากขึ้น ผู้ดูแลจะมีความเหนื่อยล้ามากขึ้น อาจเป็นเพราะว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุด ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย และเกิดความเหนื่อยล้าตามมา

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง สามารถลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่กล่าวไว้ในแบบจำลองการจัดการกับอาการ กล่าวคือ การใช้กลวิธีในการจัดการกับความเหนื่อยล้า โดยคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลร่วมกับการฝึกปฏิบัติทักษะการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความต้องการเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และการบริหารกาย-จิตด้วยชีกง เป็นการดูแลแบบผสมผสานที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตัวเอง โดยพยาบาลมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและเติมเต็มส่วนที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะยังขาดอยู่ สอดคล้องกับการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ต่อเนื่อง (Humanize care) ช่วยให้สามารถลดความเหนื่อยล้าได้ ทำให้ธำรงบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การให้โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ สามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้ จึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาล ทั้งที่มีหน้าที่ในด้านการบริหารการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาและการวิจัยทางการพยาบาลควรให้ความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพื่อลดความเหนื่อยล้า ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำวันให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะนำไปใช้ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าขณะที่รับบทบาทการเป็นผู้ดูแล ซึ่งนอกจากจะช่วยใน

การบรรเทาความเหนื่อยล้าแล้วยังส่งเสริมการจ้างบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ส่งเสริมให้มีการอบรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงให้กับพยาบาล เจ้าหน้าที่ ได้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญ เพื่อเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

3. ส่งเสริมการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล โดยการนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปเป็นข้อมูล เพื่อศึกษาวิจัยทางการพยาบาลที่เป็นรูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน โดยสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและค้นหารูปแบบการพยาบาลอื่นๆ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการจัดโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากการลงโปรแกรมในระยะเวลา 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ทำให้ความเหนื่อยล้าลดลง แต่คะแนนเฉลี่ยของความเหนื่อยล้ายังคงอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ดังนั้นควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการจัดโปรแกรมเพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะลดลงมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งง เพื่อใช้ในการบำบัดกลุ่มอาการอื่นๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า ความเครียด ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัว ทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านต่อไป

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงหรือโปรแกรมอื่นๆ ที่ช่วยลดความเหนื่อยล้าด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

4. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงเพื่อลดความเหนื่อยล้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ โดยมีวิธีการวิจัยแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง

5. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงหรือโปรแกรมอื่นๆ เพื่อให้การดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะร่วมด้วย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรกฎ สุวรรณอักษรเดชา. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบซึ่งกันต่อความเครียดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เอกสารประกอบการประชุม การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์และการเผยแพร่ผลงาน. หน้า 276-289. วันที่ 8 ตุลาคม 2551. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. ข้อมูลสถิติ ตารางแสดงอุบัติเหตุจากรถ ปี 2550-2553. [ออนไลน์]. ม.ป.ป. แหล่งที่มา. <http://www.roadsafety.disaster.go.th>. (1 มกราคม 2555)
- ขวัญตา บาลทิพย์, สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และ ศิริวรรณ พิริยคุณธร. (2546). การทบทวนองค์ความรู้งานวิจัยทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยระบบประสาทและไขสันหลัง ในประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2534-2543. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 23 (2): 1-26.
- จรัสศรี อินทรสมหวัง. (2543). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิริยา กฤติยวรรณ. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและการรับรู้ความต้องการของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิรนาถ นัตร์วิวัฒน์. (2547). การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาระหว่างกันของผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะหลังการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จิราภรณ์ บุตรทอง. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้าร่วมกับโยคะต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จุรีรัตน์ รักรัตนธรรม. (2543). ความต้องการการพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการพยาบาลที่ได้รับของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จุลินทร ศรีโพนทัน. (2552). การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชบา เรียนรมย์. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต แนวชี้แจงต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชบา เรียนรมย์ และ สุวีพร ธนศิลป์. (2552). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแนวชี้แจงต่อความวิตกกังวลและความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการเคมีบำบัด. เอกสารประกอบการประชุมโครงการประชุมวิชาการ เรื่อง นวัตกรรมจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์. วันที่ 12-14 พฤษภาคม 2552. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คาริกา ชารบัวสุวรรณค์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยระดับความพิการของผู้ป่วย กับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล. 14(1): 36-45
- ดารารัตน์ ปานดี. (2549). ปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
- ช่อลดา พันธุเสนา. (2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤติตามแบบแผนสุขภาพ. สงขลา : อมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.
- ทิพพาพร ตั้งอำนาจ. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2545). ชีง วิธีแห่งพลังเพื่อการบำบัดโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2547). คู่มือการบริหารกาย-จิตแบบชีง. กรุงเทพฯ : บียอนด์ พับลิชชิง.

- นภาพรณี แก้วภรณ์. (2533). ผลการจูงใจญาติต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
ในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และ จันทร์พร ยอดยิ่ง. (2541). ความต้องการและการตอบสนองความ
ต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 6 (3): 40-56.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ค้วงแพง. (2540). รายงานวิจัยเรื่อง ผลกระทบของการ
บาดเจ็บที่สมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นันทพร ศรีนิ่ม. (2545). ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นงนภัส พันธุ์แจ่ม. (2549). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำ
หน้าที่ด้านการรับรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บ
ที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร และ ชนกพร จิตปัญญา. (2550). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความ
ต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.
วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 19(2): 86-97.
- บรรจง คำหอมสกุล. (2542). อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารชมรมพยาบาลออร์
โธปีดิคส์ฯ 4(1) : 29-36.
- ประณีต ส่วงวัฒนา, แสงอรุณ อิศระมาลัย, เนตรนภา คู่พันธ์วี, ปัทมา โลหะเจริญวนิช และ
กาญจนา แรกพินิจ. (2543). การพัฒนาระบบการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมใน
การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบประสาทและสมองในโรงพยาบาล. วารสารสภาการ
พยาบาล 15(3) : 1-20.
- ประภัสสร บุญทาร์ตัน. (2542). การติดเชื้อในโรงพยาบาลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โรงพยาบาล
มหานครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุม
การติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยกานต์ บุญเรือง และ สุนิศา ปรีชาวงษ์. (2550). ผลของโปรแกรมการฝึกบริหารแนวซึ่ง
ร่วมกับการให้ความรู้ต่ออาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารสภา
การพยาบาล 22(3) : 17-27.

- ปิยรัตน์ ดวงสิน. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแล การได้รับความรู้ และการสนับสนุนจากพยาบาลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยวรรณ ปฤษณภานันท์ สมิจิต หนูเจริญกุล และ วรชัย รัตนธรราร. (2544). แบบแผนของความอ่อนล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. *รามาริบัติพยาบาลสาร* 7(2): 97-109
- ปรมาภรณ์ นิรมล. (2548). ผลของโปรแกรมการสอนผู้ดูแลต่อการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ไพโรจน์ ทองอุไร. (2542). ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 19 (2): 38-47.
- พิทยาภรณ์ นวลสีทอง, ประณีต ส่งวัฒนา และ สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2549). อาการเหนื่อยล้าและการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. *สงขลานครินทร์เวชสาร*. 24 (3): 153-161.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2542). ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เพ็ญใจ คาโลปการ. (2545). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรชัย จุลเมตต์ และ ยุพิน ถนัดวิชย์. (2545). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- พาริดา อิบราฮิม. (2539). ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกและการดูแล. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์
- พาริดา อิบราฮิม. (2542). ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์.
- ยุพดี กฤษณะจู่ทะ. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาผู้สูงอายุกับระดับอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 15(1-3) : 69-77.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. *รามาริบัติสาร*. 9 (2): 156-166.

- รัมภ์รดา อินทร. (2539). ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและความพึงพอใจของญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล 4(1) : 9-18
- รุ่งนภา เทียวชะอ้า. (2552). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมต่อการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิกร ใจคำสืบ. (2549). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายต่อความเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา อยู่ปลา. (2543). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฤชมน วิชัยฐ. (2553). คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ตำรวจลดาว์ลีย์ อุ่นประเสริฐพงศ์. (2546). Complementaty Therapy in Nursing Therapeutic, and Aromatherapy. ในการประชุมวิชาการเชิงปฏิบัติการเรื่อง: การพยาบาลผสมผสานกับการสารเสริมสุขภาพเชิงรุก, หน้า 43-66. 16-18 กรกฎาคม 2546 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพมหานคร.
- วลัยนารี พรหมลา. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วัชรวรรณ จันทรอินทร์. (2548). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตแบบชีกซ์ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชัย วนะชีวนาวิน. (2537). อาการอ่อนเพลีย. ใน อุดม คชินทร (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์อาการวิทยา, หน้า 22-27. กรุงเทพฯ: เช็ทสแควร์.

- ศรินยา ฉันทะปริดา. (2549). ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้บาดเจ็บสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2546). แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 14 (3): 66-73.
- สงวนสิน รัตนเลิศ. (2546). บาดเจ็บที่ศีรษะ การดูแลตามระบบคุณภาพ HA. กรุงเทพฯ : โอเอส พรินติ้งเฮาส์.
- สุดศิริ หิรัญชุนหะ. (2541). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดจิรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนทัศน์สำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น. ขอนแก่นการพิมพ์
- สุปानी เสนาดิลัย และ มณี อาภานันท์กุล (บรรณาธิการ). (2552). คู่มือปฏิบัติการพยาบาล. กรุงเทพฯ : จุดทอง.
- สุริพร ธนศิลป์. (2545). การนำโมเดลการจัดการไปใช้ในผู้ป่วยปอดอักเสบ. ในเอกสารประกอบการเรียนการสอนรายวิชา Advance Adult Nursing II: 3-10. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริพร ธนศิลป์. (2554). การสร้างพลังชีวิตด้วยซึ้ง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ฟรี-วัน กรุงเทพฯ.
- สุริพร ธนศิลป์ และคณะ. (2552). เอกสารคำสอนการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง 2. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิ์ศักดิ์. (2541). ความต้องการของญาติในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวพีร์ จันทระเจษฎา. (2547). ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หรือผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิรดี ลดาธรรม. (2547). การสำรวจอาการที่พบบ่อย และการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- อกันตรี กองทอง. (2544). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุทุมพร รูปเล็ก. (2549). ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวทางการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ : วิ.เจ.พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- Acorn, S. (1995). Assisting families of head-injured survivors through a family support programmed. *B Journal of Advanced Nursing* 21(5) : 872-877.
- Aistars, J. (1987). Fatigue in the cancer patient. *Oncology Nursing Forum* 14(6) : 25-30.
- Albert, S. M., Im, A., Bernner, L., Smith, M., and Waxman, R. (2002). Effect of a social work liaison program on family caregiver to help with brain injury. *Journal of head Thuma Rehabilitation* 17: 175-190
- Bavetta, S. & Benjamin. (2002). Assessment and management of the head-injured patient. *Hospital Medicine* 63 : 289-293.
- Baker, J. E. (1990). Family adaptation when one member has head injury. *Journal of Neuroscience Nursing* 22(4) : 232-237.
- Barker, E., & Blank-Reid, C. (2002). Neurotrauma: Traumatic Brain Injury. In E., Barker (Eds.) *Neuroscience Nursing : A spectrum of care (2nd ed.)*. St Louis : Mosby.
- Barry, P. D. (2002). *Mental health and mental illness*. (7th ed.) Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Berger, A. M. (1998). Patterns of fatigue and activity and rest during adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncology Nursing Forum* 25 (1): 51-62.
- Bond, A. E., Drager, C. R. L., Mandelco, B., and Danelly, M. (2003). Need of family members of patients with severe traumatic brain injury. *Critical Care Nurse* 23: 63-72
- Buddhawan, N. (2002). **Factors influencing health status of caregivers of post operative neurosurgical patient**. Unpublished master's thesis Adult Nursing Mahidol University.

- Burn, N. and Glove, S. K. (2005). **Nursing research**. 5th ed. U.S.A.: W.B. Saunders Company.
- Carey, P.J., Oberst, M.T., McCubbin, M.A., & Hughes, S.H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 18: 1341–1348.
- 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
- Davis L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. **Applied Nursing Research** 5: 194-197.
- 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.
- Dorcas, A., & Yung, P. (2003). Qigong: Harmonising the breath, the body and the mind. **Complementary therapies in Nursing & Midwifery**. 9: 198-202.
- Dunbar, S. B., & McLain, R. M. (1993). Family care. In M.R. Kinney, D.R. Pack, & S. B. Dunbar (Eds.) **AACN's clinical reference for critical-care nursing**, 411-425. St Louis : Mosby.
- Edwards, B. & Ung, L. (2002). Quality of life Instruments for Caregivers of Patient with Cancer. **Cancer Nursing** 25 : 342-349.
- Goldstein, V., Regnery, G., and Wellin, E. (1981). Caretaker role fatigue. **Nursing Outlook**. 29: 24-30
- Graham, L. E., & Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. **Nursing Research**. 20: 113-122.
- Halm, M. (1990). Effect of support groups on anxiety of family members during critical illness. **Heart&Lung** 19 (1): 62-71.
- Haet, L. K., Freel, M. I., & Milde, F. K. (1990). Fatigue. **Nursing Clinics of North America**. 25: 967-976.
- Hickey, J. V. (2003). **The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing**. 5thed. Philadelphia : J, B. Lippincott

- Hubskey, E. P. and Sears, J. H. (1992). Fatigue in multiple sclerosis: Guideline for nursing care. **Rehabilitation Nursing** 17(4): 176-180.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., & Morton, P. G. (1998). **Critical care nursing : A holistic approach**. Philadelphia : Lippincott.
- Jennet, B., and Teasdale, G. (1981). **Management of head injury**. Philadelphia: Davis.
- Jennet, B., and Bond, M. (1975). **Assessment of outcome after severe brain damage**. *Lancet*
- Jensen, S., and Given, B. A. (1991). Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. **Cancer Nursing** 14: 181-187.
- Kneisl, C. R. (1996). **Stress, anxiety and coping**. In H. S. Wilson, & C. R. Kneisl (Eds.).
- 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.
- Kosciulek, J. (1997). Relationship of family coping with head injury to family adaptation. **Rehabilitation Psychology** 25 : 57-60.
- Lehman, C. A., Hayes, J. M., LaCroix, M., Owan, S. V., & Haring, J. W. (2003). Development and implementation of a problem-focused neurological assessment system. **Journal of Neuroscience Nursing** 35 (4): 185-192.
- Leske, J. S. (1996). Intraoperative progress reports decrease family member' anxiety. **AORN Journal**. 64 (3): 424-436.
- Liang, M.S. & Wu, W. (1997). **Qigong Empowerment : A guide to medical Taoist buddhist wushu energy cultivation**. USA : The Way of the Dragon Publishing.
- Lim, W., Hong, S., Nelesen, J. E. and Dimsdale, J. E. (2005). The association of obesity, cytokine level, and depressive symptom with diverse measures of fatigue in health subjects. **Archives of Internal Medicine** 165 (8): 910-916.
- Los Angeles Caregiver Resource Center. (2004). Fact Sheet : Traumatic Brain Injury. Available from: [http://www.geroweb.usc.edu/disease/Fact Sheets/tbi.htm](http://www.geroweb.usc.edu/disease/Fact%20Sheets/tbi.htm). (2011, January 1)
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., & Sleigh, J. W. (2002). Caregiver burden during the year following severe traumatic brain injury. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology** 24(4) : 434-447

- Meythaler, J. M., McCary, A., & Hedley, M. N. (1997). Prospective assessment of continuous intrathecal infusion of baclofen for apasticity acquired brain injury : A preliminary report. **Journal of Neurosurgery** 87 : 415-419.
- McCaffrey, R., & Fowler, N. L. (2003). Qigong Practice : A Pathway to Health Healing. **Holistic Nursing Practice**. 17 (2): 110-116.
- 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.
- Nathan, D. Z., Douglas. I. K., & Ross, D. Z. (2007). **Brain Injury Medicine: Principles and Practice**. New York : Demos Medical.
- National Family Caregiver Association. (2005). Caregiver Survival tips. U.S.A.: Available from: <http://www.Upperarkansasareageneyonaging.org/caregiver.html>. (2011, Apple 19).
- Phipp, W. J., Long, B. C., Woods, N. F., & Cassmeyer, V. L. (1991). **Medical-surgical nursing concepts and clinical practice (4th ed.)**. St.Louis : Mosby Year Book.
- Pickard – Holley, S. (1991). Fatigue in cancer patients. **Cancer Nursing** 14 (3): 13-19.
- Piper, B. F. (1986). Fatigue. In V. K. Carrier, A. M. Lindsey & C. W. west (Eds.). **Pathophysiological Phenomena in nursing: Human responses to illness** (pp. 219-234). Philadelphia : W.B. 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. (1989). Fatigue: current bases for practice. In S. G. Funk, E. M. Tornquist, M. T. Champagne, L. A. Copp, and R. A. Wiese (eds), **Management of Pain, Fatigue and Nausea**, pp. 187-198. New York: Springer Publishing.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue. In V., Carrieri-Kohlman, A. M., Lindsey, & C. M., West (Eds.). **Pathophysiological phenomena in nursing : Human Responses to illness**. 279-302. Philadelphia : W. B. Saunders.
- Piper, B. F. (1997). Measuring Fatigue. In M., Frank-Stromborg, & S. J., Olsen (Eds.). **Instruments for Clinical Research Health-Care**. 482-496. Boston : Jones & Bartlett.

- Piper, B. F. Diddle, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., and Paul, S. M. (1998).
The revised Piper Fatigue Scale : Psychometric evaluation in women with breast cancer.
Oncology Nursing Forum, 25 (4), 677-684
- Piper, B. F. (2003). Fatigue. In V., Carrieri-Kohlman, A. M., Lindsey, & C. M., West (Eds.).
Pathophysiological phenomena in nursing : Human Responses to illness. 209-234.
St Louis : saunders.
- Polit, D. F., and Hungler, B. D. (1999). **Nursing research: Principle and methods**. 6th ed.
Philadelphia : Lippincott.
- 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. and Alexander-Dann, C. (2002). Facilitating patient coping with
fatigue during chemotherapy-Pilot outcomes. **Cancer Nursing**. 23(4): 300-308
- Redeker, N. S., Lev, E. I., and Ruggiero, J. (2000). Insomnia, fatigue, anxiety, depression, and q
Ptyrer, D. (Ed.). 1999. **Anxiety: A Multidisciplinary Review**. London: Imperial
College Press.
- Reider, J. A. (1994). Anxiety during critical illness of a family member. **Dimensions of
Critical Care Nursing** 13(5): 272-279
- Richardson, A., Ream, E., and Wilson-Rarnett, J. (1998). Fatigue in patients receiving
chemotherapy: patients of change. **Cancer nursing** 21(1): 17-30.
- Richardson, A., & Ream, E. (1997). Self-care behaviors initiated by chemotherapy patients in
response to fatigue. **International Journal Nursing** 34 (1) : 35-43.
- Richardson, Al., (1996). From Theory to Practea : Desiggnng Intervention to Reduce Fatigue in
patients with Cancer. **Oncology Nursing Forum** 26(8) : 1295-1303.
- Rowland, L. P. (1995). **Merritt's textbook of neurology (9th ed.)**. Baltimore : Williams &
Wilkins.
- Ryu, H., et al. (1996). Acute effect of qigong training on stress hormone levels in man. **Am J
Chin Med** 24 : 193-198
- Shuldham, C. M., Cunningham, G., Hiscock, M., & Luscombe, P. (1995). Assessment of
anxiety inhospital patients. **Journal of Advanced Nursing**. 22: 87-93.

- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2000). **Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing**. (9th ed.). Volume 1. Philadelphia : Lippincott.
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2008). **Management of Patients with Neurologic Dysfunction**. Philadelphia : Lippincott William Wilkins.
- Stuart, G. E., and Sundeen, S. J. (1995). **Principles and practice of psychiatric nursing**. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Tang. (1994). Qigong Therapy-Effectiveness and Regulation. **AJCM** : 235 -242.
- 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.
- Tracy, J., Fowler, S., and Magarelli K. (1999). Hope and anxiety of individual family members of critically ill adults. **Applied nursing research** 12 (3): 121-127.
- Wantana, C. (2003). **Factors influencing on quality of life among patients with traumatic brain injury**. Unpublished master's thesis Adult Nursing Mahidol University.
- Webster's New Riverside University Dictionary. (1994). P. 467.
- William, A. (1994). What bothers caregivers of stroke victims?. **Journal of Neuroscience Nursing** 26 : 155-161.
- Wright, J. (2005). Therapeutic Hypothermia in Traumatic Brain Injury. **Critical Care Nursing Quarterly** 28 (2): 150-161.
- 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.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร. สาดิ แฮมิลตัน	อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาพื้นฐานการพยาบาล การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
นางวันดี แก้วแสงอ่อน	อาจารย์พยาบาล กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก ผู้ใหญ่และบริหารการพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
นาวาตรีหญิง อุทุมพร รูปเล็ก	พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ โรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้า พร.
นายสมบูรณ์ เกาส่อง	พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ โรงพยาบาล มหาราช นครเชียงใหม่

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
หนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
หนังสือขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ที่ ศร 0512.11/0033



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิต ด้วยซีกต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร จนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ เรือเอกหญิง อุทุมพร รูปเล็ก นายทหารพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร จนศิลป์)
รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

เรือเอกหญิง อุทุมพร รูปเล็ก

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร จนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน โทร. 086-263-0123

ที่ ศธ 0512.11/๐๐๓๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๐ มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิต ด้วยชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร. สาทิ แอมินตัน อาจารย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

ดร. สาทิ แอมินตัน
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125
นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน โทร. 086-263-0123

ที่ ศธ 0512.11/0033



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิต ด้วยซีกต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรภัทร ชนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ วันดี แก้วแสงอ่อน อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรภัทร ชนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนาเขียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

อาจารย์ วันดี แก้วแสงอ่อน

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรภัทร ชนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน โทร. 086-263-0123

ที่ ศร 0512.11/0๐๙3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

10 มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหารajahนครเชียงใหม่

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิต ด้วยชีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายสมบูรณ์ เสาส่อง พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นายสมบูรณ์ เสาส่อง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125

นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน โทร. 086-263-0123



บันทึกข้อความ


ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศธ 0512.11/0033 วันที่ 10 มกราคม 2556
 เรื่อง ขอรื่นเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายจิราวุฒินันท์ ขาญสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิต ด้วยชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้


 (รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์)
 รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
 นิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร ธนศิลป์ โทร. 0-2218-1125
 นายจิราวุฒินันท์ ขาญสูงเนิน โทร. 086-263-0123



ที่ ศร 0512.11/ ๐๐๕๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

17 มกราคม 2556

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ต้ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิต ด้วยซีกงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร อนุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร อนุศิลป์ โทร. 0-2218-1125

นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน โทร. 086-263-0123

ภาคผนวก ค

หนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ที่ ดง ๐๐๓๒.๑๐๒/๒๕๖๙



โรงพยาบาลตรัง
๖๙ ด.โคกชัน ต.ทับเที่ยง
อ.เมือง จ.ตรัง ๙๒๐๐๐

๒๖ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง อนุญาตการมาเก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน คณะคณบดีพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารรับรองโครงการวิจัย จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้นายจิราวุฒินันท์ ชาญสูงเนิน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (Flexible Learning) มาดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในโรงพยาบาลตรัง จำนวน ๗๐ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูล เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิต ด้วยชี่กงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ" และขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง นั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง ได้พิจารณาและเห็นชอบให้การรับรองโครงการวิจัยฯ ดังกล่าว และให้นิสิต สามารถมาเก็บข้อมูลวิจัยภายในโรงพยาบาลตรังได้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายชัยยุทธ สักดิ์ศรีชัย)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ กลุ่มพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โทร. ๐ ๗๕๒๑ ๘๐๑๘ ต่อ ๑๒๐๑

โทรสาร ๐ ๗๕๒๑ ๘๘๑๑, ๐ ๗๕๒๑ ๗๑๗๑



โรงพยาบาลตรัง
 ๖๙ ด.โคกชั้น ต.ทับเที่ยง อ.เมือง จ.ตรัง ๙๒๐๐๐
 โทร ๐๗๕ - ๒๑๘๐๑๘ โทรสาร ๐๗๕ - ๒๑๗๑๗๙
 Trang Hospital
 ๖๙ Kokkhan Rd., Thaptheing, Muang, Trang ๙๒๐๐๐
 Tel. ๐๗๕ - ๒๑๘๐๑๘ Fax ๐๗๕ - ๒๑๗๑๗๙

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 โรงพยาบาลตรัง

	เลขที่๐๐๑/๒๕๕๖.....
ชื่อโครงการ	ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิต ด้วยซึ่กต่อ ความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ-
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๐๑/๐๔-๒๕๕๖
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นายจิรานุวัฒน์ ชาญสูงเนิน
ที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนว
 ปฏิญญาเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตรัง

ลงนาม

(นายอุกฤษฏ์ คุณารธรรม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม

(นายชัยยุทธ ศักดิ์ศรีชัย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

วันที่รับรอง..... ๑ เม.ย. ๒๕๕๖

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Informed Consent Form)**

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่ต่อความ เหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ชื่อผู้วิจัย นายจิราวุฒน์ ชาญสูงเนิน

ที่อยู่ติดต่อ 91/2 ถนน โลกขัน ตำบล ทับเที่ยง อำเภอ เมือง จังหวัด ตรีง

โทรศัพท์ 086-2630123

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และไม่มี ผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะซึ่งเป็นญาติของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว ข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์ ตรีง

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นายจิราวุฒน์ ชาญสูงเนิน)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Participant information sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงต่อความ
เหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ชื่อผู้วิจัย นายจิราวุฒน์ ชาญสูงเนิน

ตำแหน่ง นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง 91 ถนน โศกขันธ์ ตำบล ทับเที่ยง
อำเภอ เมือง จังหวัด ตรัง 92000

(ที่บ้าน) 91/2 ถนน โศกขันธ์ ตำบล ทับเที่ยง อำเภอ เมือง จังหวัด ตรัง 92000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 075-226976-7 ต่อ 144 โทรศัพท์มือถือ 086-2630123

E-mail : chansungnoen@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาใน
การอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้
ตลอดเวลา

2. โครงการนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่ง
งต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระหว่างกลุ่มที่รับโปรแกรม
การจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงกับกลุ่มที่รับการพยาบาลปกติ

4. เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับ
อาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ที่ผู้ป่วย
บาดเจ็บศีรษะเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โดยคัดเลือก
กลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะ คือ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร พี่หรือน้อง ที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย
บาดเจ็บศีรษะ จำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มแต่ละกลุ่ม
ด้วยการจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุของผู้ดูแลต่างกันไม่เกิน 5 ปี เพศ
ของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอยู่ในระดับเดียวกัน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกและการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว วัดความเหนื่อยล้าหลังการทดลอง 2 และ 4 สัปดาห์

5. ผู้วิจัยนำเข้าสู่โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการที่จะเปิดเผยข้อมูลมากขึ้น ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยให้ผู้ดูแลเล่าถึงประสบการณ์การรับรู้และการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ในมุมมองของผู้ดูแลเอง ประเมินความต้องการความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้า สาเหตุ และผลกระทบของความเหนื่อยล้า การดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกเพื่อลดความเหนื่อยล้าจากผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เนื่องจากการให้ความรู้ควรเริ่มจากสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องการ ทำให้เกิดความไว้วางใจ ช่วยให้การสอนหรือการให้ข้อมูลความรู้มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ

1. การให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแล ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล การบริหารกาย-จิตด้วยซิงกต่อการลดความเหนื่อยล้า และการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้ด้วยวิธีการสอนประกอบคู่มือ และเปิดโอกาสให้ซักถาม

2. การพัฒนาทักษะในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย

2.1 การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสอนพร้อมสาธิตการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การให้อาหารและน้ำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง โดยแนะนำผู้ดูแลทำการฝึกปฏิบัติและให้สาธิตย้อนกลับจนกว่าจะทำได้สำเร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความรู้สึกในการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย และช่วยหาแนวทางแก้ไข

2.2 การบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ผู้วิจัยสอนพร้อมสาธิตในการฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซิงก ประกอบด้วย 4 ท่า คือ ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง ท่าที่ 3 อินทรีทะยานฟ้า และท่าที่ 4 ลมปราณชานกายา โดยแนะนำผู้ดูแลทำการฝึกด้วยการมีสมาธิตามการเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับลมหายใจ ยึดหลักการเคลื่อนไหวเป็นวง นุ่มนวล และการยืดขยายออกจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลฝึกไปพร้อมๆ กับผู้วิจัยทีละท่า หลังจากนั้นผู้วิจัยพูดคุยสอบถามความรู้สึกในการฝึก ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย และช่วยหาแนวทางแก้ไข จากนั้นมอบสื่อวีดิทัศน์ และคู่มือการบริหารเทาความเหนื่อยล้า ให้ผู้ดูแลกลับไปฝึกต่อที่บ้านอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และปฏิบัติครั้งละ 30 นาที ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการอาการด้วยตนเองที่บ้าน

3.1 ให้ผู้ดูแลกลับไปปฏิบัติการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา 1 เดือน

3.2 ให้ผู้ดูแลกลับไปฝึกการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงตั้งที่บ้านตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ และปฏิบัติอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการนำความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งงไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย ร่วมกับประเมินว่าผู้ดูแลปฏิบัติได้ผลอย่างไร และสม่ำเสมอหรือไม่ การติดตามผู้ดูแลเพื่อสอบถามปัญหาและการจัดการอาการ โดยใช้โทรศัพท์ในการติดตามในสัปดาห์ที่ 1 หลังการทดลอง พบผู้ดูแลเพื่อประเมินความเหนื่อยล้าในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 หลังการทดลอง และจากการบันทึกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามได้เพิ่มเติมตลอดเวลา ตามที่อยู่ของผู้วิจัยที่ให้ไว้ข้างต้น และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบโดยเร็ว

7. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ท่านมีสิทธิบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับของผู้บาดเจ็บศีรษะซึ่งเป็นญาติของท่าน

8. การวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย

9. ในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น

10. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และมีความเข้าใจกิจกรรมที่จะได้รับในงานวิจัยอย่างครบถ้วนจากผู้วิจัย และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

11. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอนุญาตให้ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลผู้บาดเจ็บศีรษะเพื่อศึกษาระดับการบาดเจ็บและความพิการจากเวชระเบียน และการวิจัยนี้ได้ขออนุมัติในการดูแลข้อมูลเวชระเบียนจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ศรี

12. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสียหายใดๆ

13. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งไม่มีผลต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะซึ่งเป็นญาติของท่าน

14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์ศรีรัง

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง ต่อความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นายจิราวุฒน์ ชาญสูงเนิน นิสิตปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชี่กง โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงและมีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามการวิจัยตามความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการบรรเทาความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับ และไม่มีผลใดๆ ต่อท่าน

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
2. แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
3. แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยฉบับนี้เป็นอย่างยิ่ง

จิราวุฒน์ ชาญสูงเนิน
นิสิตปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบหรือเติมคำลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ปวช/ อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	
5. ศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์
<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> รับราชการ
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ต่อเดือน

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 10,000 – 15,000 บาท
<input type="checkbox"/> 15,001 – 20,000 บาท	<input type="checkbox"/> 20,000 บาท ขึ้นไป
8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

<input type="checkbox"/> บิดา-มารดา	<input type="checkbox"/> คู่สมรส
<input type="checkbox"/> บุตร	<input type="checkbox"/> พี่หรือน้อง

2. แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยในการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ทำการดูแลผู้ป่วยที่มีระดับความพิการปานกลางถึงรุนแรง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยการสังเกตจากผู้ป่วยและสอบถามจากผู้ดูแล ในแต่ละด้านผู้วิจัยจะทำการเลือกตอบเพียง 1 ข้อ โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ

1. อายุ.....ปี

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. ระดับความพิการของผู้ป่วย

ด้านที่ 1 ระดับความรู้สึกรู้ตัว

() รู้สึกตัวดี 4 คะแนน

() สับสนไม่รู้จักเวลาและ/สถานที่และ/บุคคล 3 คะแนน

() ไม่รู้สึกตัวแต่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น 2 คะแนน

() ไม่รู้สึกตัวและไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น 1 คะแนน

●

●

●

●

●

ด้านที่ 4 การกลับไปทำงานหรือเล่าเรียน

() กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้ตามปกติ 4 คะแนน

() กลับไปทำงานหรือเล่าเรียนได้แต่ไม่เต็มที่ 3 คะแนน

() พักงานหรือพักการเรียน (หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย) 2 คะแนน

() ออกจากงานหรือการเล่าเรียน 1 คะแนน

3. แบบประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 22 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความเหนื่อยล้า โดยความรู้สึกของท่านแต่ละข้อมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน บนตาราง ขอให้ท่านเริ่มอ่านข้อความที่จุดเริ่มต้นทางด้านซ้ายมือ ไปจนถึงจุดสุดท้ายทางด้านขวามือ แล้วทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับตำแหน่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่าน

1. ในขณะที่ท่านรู้สึกทรมาณจากอาการเหนื่อยล้า มากน้อยเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่มีความทุกข์ทรมาณเลย

มีความทุกข์ทรมาณมากที่สุด

2. ในขณะที่ท่านรู้สึกว่าอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น รบกวนความสามารถของท่านในการทำงานให้สำเร็จ มากน้อยเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่รบกวนเลย

รบกวนมากที่สุด

-
-
-
-
-

21. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ทำอะไรได้ดี

ไม่สามารถทำอะไรได้เลย

22. ขณะนี้ท่านรู้สึกอย่างไร

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

สมองปลอดโปร่ง

สมองไม่ปลอดโปร่ง

คู่มือสำหรับพยาบาลในการใช้โปรแกรมการจัดการกับอาการ

ร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซึ่งก่อกวนความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บศีรษะถือเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและพบได้บ่อย เป็นสาเหตุการตายและเกิดความพิการที่สำคัญในประชากรวัยเจริญพันธุ์ของประเทศ (สงวนสิน, 2546; Bavetta & Benjamin, 2002) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ภายหลังได้รับบาดเจ็บ มักเกิดอาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สูญเสียความสมดุลในการทรงตัว (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2546) มีความบกพร่องทางด้านความรู้สึก และการรับรู้ ความบกพร่องทางด้านอารมณ์และจิตใจ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการของตนเองได้ (ประณีต ส่วงวัฒนา และคณะ, 2543) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบพึ่งพาสูงขึ้น สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง จะต้องมารับบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Marsh et al., 2002) ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมที่ต้องดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาของ กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ (2539) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังให้การดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นมีระดับความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง และปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้นให้เกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่ ระดับการพึ่งพาของผู้ป่วย โดยพบว่าหากระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยมากขึ้นผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น และจำนวนชั่วโมงที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อวันหากมีจำนวนชั่วโมงที่ต้องดูแลมากขึ้นผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น เป็นต้น และการที่ผู้ดูแลต้องมารับบทบาทในฐานะผู้ดูแลโดยไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย จะก่อให้เกิดความคลุมเครือหรือขัดแย้งในบทบาทดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดที่มากและยาวนานร่วมกับการใช้พลังงานมาก จาก การที่รับภาระในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ นอกเหนือจากหน้าที่เดิมที่มีอยู่แล้ว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าในการดูแล (กัญญารัตน์ พึ่งบรรหารกิจ, 2539; Lim, Hong, Nelesen & Dimsdale, 2005) นอกจากนี้การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย หากยังจัดการได้ไม่เป็นระบบจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าตามมาได้ ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าจะส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Piper et al., 1987; Richardson, 1996) ทำให้การทำหน้าที่ บทบาทผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในทางลบ และนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางอ้อม คือ เมื่อผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ทำให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพช้าลงและมีคุณภาพชีวิตต่ำลงได้ในที่สุด (Carey, Oberst, McCubbin, and Hughes. 1991) สิ่งที่ยาติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องการในการดูแลผู้ป่วยคือ ต้องการได้รับการฝึกทักษะในด้านกาให้อาหารและน้ำ ทั้งในกรณีผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทางปากแต่ยังมีปัญหาเรื่องการกลืน และต้องให้อาหารทางสายให้อาหาร ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื่องการดูแล

ทำความเข้าใจร่างกาย การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย(รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2552) จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง ก่อให้เกิดความผ่อนคลาย ส่งเสริมความเข้มแข็งของจิตใจ (เทอดศักดิ์ เศษคง, 2545) ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เพียงพอ มีการรับรู้ที่ถูกต้อง ตลอดจนมีกลวิธีเหมาะสมในการปฏิบัติเพื่อเผชิญและป้องกันความเหนื่อยล้า เป็นการป้องกันและบรรเทาความเหนื่อยล้าได้ ส่งผลให้ร่างกายบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าและการบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเห็นความสำคัญเกี่ยวกับประโยชน์ของการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยและการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกงเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะสามารถนำความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าและการบรรเทาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะไปใช้ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าของตนเองได้อย่างเหมาะสม

โปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและประสบการณ์การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับอาการ ประกอบด้วย

-
-
-

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการอาการด้วยตนเองขณะอยู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล

เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับ จากการนำความรู้ในเรื่องการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า และการบริหารกาย-จิตด้วยซิงกง ไปใช้ว่าได้ผลเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคใดเกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ระหว่างผู้ดูแลและผู้วิจัย ร่วมกันประเมินว่าผู้ดูแลปฏิบัติได้ผลอย่างไร และสม่ำเสมอหรือไม่ ติดตามผู้ดูแลเพื่อสอบถามปัญหาและการจัดการอาการ ทางโทรศัพท์และพบผู้ดูแลในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด และจากการบันทึกของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อการ สอน	การ ประเมิน
		ผู้สอน	ผู้ดูแล		
ผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะ สามารถ.....	<p>บทนำ</p> <p>สวัสดิ์ศรีภระหม นายจิรานุวัฒน์ ชาญสูง เนิน เป็นนิติติปริญญา โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำวิจัยเกี่ยวกับผลของ โปรแกรมการจัดการกับ อาการร่วมกับการ บริหารกาย-จิตด้วยซิงก ต่อความเหนื่อยล้าของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ ศีรษะ จึงใคร่ขอความ ร่วมมือจากท่านในการ เข้าร่วมกิจกรรมวิจัยใน ครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะแนะนำ ตนเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ● ● ● 	<p>- กล่าว ทักทายผู้ดูแล ผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะ ด้วยใบหน้า ยิ้มแย้ม แจ่มใส พร้อมแนะนำ ตนเองและ ขอความ ร่วมมือ - แนะนำเข้าสู่ บทเรียน - ให้ผู้ดูแล ผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะ ร่วมแสดง ความคิดเห็น เกี่ยวกับความ เหนื่อยล้า ที่ ประกอบไป ด้วย ความหมาย สาเหตุ</p>	<p>- ฟังผู้สอน แนะนำตัว และทักทาย ผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บ ศีรษะ</p> <p>- ฟังผู้สอน นำเข้าสู่ บทเรียน - แสดงความ คิดเห็น เกี่ยวกับความ เหนื่อยล้า</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>ประเมิน โดยการ สังเกต</p> <p>ประเมิน โดยการ สังเกต</p> <p>- ร่วม แสดง ความ คิดเห็น เกี่ยวกับ ความ เหนื่อย ล้า</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อการสอน	การประเมิน
		ผู้สอน	ผู้ดูแล		
บอกการบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะได้	<p>การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย</p> <p>1. ปฏิบัติการบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ</p> <p>เวลาเป็นทรัพยากรที่มีค่าของทุกคน ยิ่งคนที่รู้คุณค่าของเวลามากเท่าใด ย่อมสามารถเก็บเกี่ยวคุณประโยชน์จากการใช้เวลาให้มีคุณค่าได้มากเพียงนั้น การบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ดูแล ทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และยังมีเวลาส่วนตัวเพื่อพักผ่อนหย่อนใจได้ตามอัธยาศัย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ● ● ● 	<p>- อธิบายการบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ</p> <p>- ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะฝึกการจัดสรรเวลาของตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะและผู้สอนให้คำแนะนำผู้ดูแลในการบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ</p>	<p>- ฟังการอธิบายการบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ</p> <p>- ฝึกการจัดสรรเวลาของตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ</p>	<p>- คู่มือการจัดการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้า</p>	<p>- ฟังการอธิบายการจัดการบริหารจัดการจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ</p> <p>- ฝึกการจัดสรรเวลาของตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ</p>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม		สื่อการ สอน	การ ประเมิน
		ผู้สอน	ผู้ดูแล		
- บอกหลักการ ของซิ้งค์ได้	<p>การบริหารกาย-จิตด้วย ซิ้งค์</p> <p>ความหมายของซิ้งค์ ซิ้งค์ หมายถึงความ ว่า การฝึกฝนเพื่อ เพิ่มพูนพลังชีวิตของ ร่างกาย โดยการ ประสานการบริหาร กาย จิต และการหายใจ เพื่อให้เกิดความสมดุล ของร่างกาย</p> <p>หลักการของซิ้งค์ ซิ้งค์ ใช้หลักการ บริหารกาย การบริหาร จิต และการบริหาร ลมปราณ ดัง รายละเอียดต่อไปนี้</p> <p>1. การบริหารกาย โดยการเคลื่อนไหว ร่างกายอย่างสมดุล สม่ำเสมอ และนุ่มนวล</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • 	- อธิบาย หลักการของ ซิ้งค์	- ฟังการ อธิบาย หลักการของ ซิ้งค์	- คู่มือ การ จัดการ กับ อาการ เพื่อ บรรเทา ความ เหนื่อย ล้า	- ฟังการ อธิบาย หลักการ ของซิ้งค์ อย่าง ตั้งใจ

คู่มือ

การจัดการกับอาการเพื่อบรรเทา

ความเหนื่อยล้า



จัดทำโดย

นายจิรานุวัฒน์ ชาญสูงเนิน

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร. สุรีพร ธนศิลป์

ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

มีการนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .95

ส่วนที่ 2 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อได้รับการจับคู่ จำแนกตามเพศ อายุ เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ส่วนที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์

ส่วนที่ 1 แสดงค่าความเที่ยงของแบบประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .95

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
var0001	157.9333	713.099	.777	.949
var0002	157.7333	713.789	.699	.950
var0003	158.0667	706.064	.760	.949
var0004	160.3000	670.148	.494	.959
var0005	158.2667	679.306	.706	.950
var0006	157.9333	681.651	.861	.948
var0007	156.6333	727.826	.471	.952
var0008	157.8667	663.982	.864	.947
var0009	157.6667	698.161	.670	.950
var00010	156.8667	723.844	.512	.952
var00011	157.7000	718.217	.778	.950
var00012	158.2000	706.648	.745	.949
var00013	157.6667	711.195	.786	.949
var00014	157.9333	710.271	.786	.949
var00015	156.3333	708.851	.825	.949
var00016	157.5000	723.155	.595	.951
var00017	158.6333	700.378	.789	.949
var00018	156.9333	706.271	.759	.949
var00019	158.6667	711.678	.764	.949
var00020	159.3667	666.447	.813	.948
var00021	159.4333	708.323	.545	.952
var00022	158.5667	720.392	.672	.950

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.952	22

ส่วนที่ 2 แสดงคุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเมื่อได้รับการจับคู่ จำแนกตาม เพศ อายุ
เพศของผู้ดูแล และระดับความพิการของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ

ผู้ดูแล คู่ที่	คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง					
	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	เพศ ผู้ดูแล	อายุ ผู้ดูแล(ปี)	ระดับความ พิการของผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะ	เพศ ผู้ดูแล	อายุ ผู้ดูแล(ปี)	ระดับความ พิการของผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะ
1	หญิง	39	10	หญิง	40	10
2	หญิง	32	8	หญิง	32	10
3	ชาย	25	8	ชาย	29	8
4	หญิง	47	7	หญิง	48	8
5	หญิง	28	5	หญิง	30	5
6	หญิง	45	7	หญิง	46	8
7	หญิง	32	9	หญิง	33	9
8	ชาย	22	8	ชาย	20	8
9	หญิง	35	6	หญิง	39	6
10	ชาย	48	7	ชาย	48	7
11	หญิง	35	8	หญิง	32	8
12	หญิง	24	6	หญิง	23	6
13	ชาย	28	9	ชาย	29	10
14	หญิง	33	9	หญิง	31	10
15	หญิง	22	7	หญิง	25	7
16	หญิง	25	7	หญิง	25	6
17	ชาย	35	7	ชาย	37	8
18	ชาย	28	8	ชาย	30	8
19	หญิง	54	8	หญิง	57	9
20	ชาย	27	5	ชาย	26	5

ส่วนที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย-จิตด้วยชีกงและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์

ผู้ดูแล คู่ที่	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	หลังการทดลอง 4 สัปดาห์	หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	หลังการทดลอง 4 สัปดาห์
	1	5.91	7.09	5.59
2	6.86	7.59	6.05	5.64
3	5.55	7.23	5.09	4.41
4	6.55	7.45	6.32	5.18
5	7.45	8.18	5.32	4.36
6	7.09	8.27	5.77	4.86
7	6.91	7.91	5.95	4.86
8	6.82	7.82	6.14	5.36
9	7.59	8.05	4.55	3.55
10	7.55	8.18	5.91	4.73
11	7.23	8.14	5.32	4.64
12	6.86	7.45	4.82	4.00
13	7.23	7.82	4.77	3.82
14	7.41	7.95	5.45	4.77
15	6.77	7.23	6.23	5.23
16	7.14	7.73	5.77	4.68
17	6.45	7.27	6.18	5.14
18	6.14	7.14	6.59	5.73
19	6.32	7.55	5.95	4.86
20	6.41	7.68	4.91	4.41

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายจิรานุวัฒน์ ชาญสูงเนิน เกิดเมื่อวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2528 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เมื่อปีการศึกษา 2550 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่(Flexible Learning) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข