

ฟื้นฟูวิชาการ

Academic revival

การจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง
Fatigue Symptom Management Among Family Caregivers
of Persons With Traumatic Brain Injury

ปิยะพร พรหมแก้ว, พย.ม.*

ดาลิมา สำแดงสาร, พย.ม.*

วรรณรัตน์ จงเขตกิจ, พย.ม.*

นิสกร จันทวี, พย.ม.*

Piyaporn Promkaew, MN.S*

Dalima Sumdangsan, MN.S*

Wannarat Jongketkit, MN.S*

Nisakorn Jantawee, MN.S*

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย 80000

*Boromarajonani Nursing College Nakhon Si Thammarat, Nakhon Si Thammarat, Thailand, 80000

*Corresponding author. E-mail address: piyaporn@bcnbnakhon.ac.th

บทคัดย่อ

บทความวิชาการฉบับนี้เขียนจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์การทำงานของผู้เขียน ซึ่งกล่าวถึงการจัดการอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง จัดการอาการเหนื่อยล้าที่หลากหลายตามบริบทของแต่ละสังคมและวัฒนธรรม การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้า ญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง พบว่า ญาติผู้ดูแลมีวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยตนเองทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาผสมผสานกัน สำหรับวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ใช้มากที่สุดได้แก่ การพักผ่อนนอนหลับ การเปลี่ยนอิริยาบถและการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมผ่อนคลาย การทำจิตใจให้สงบ เป็นต้น ไม่ว่าจะเลือกจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยวิธีใดนั้นส่งผลเพื่อให้บรรเทาอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนั้นลดลง แสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพควรให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมองเกี่ยวกับการรับรู้และการจัดการปัญหาสุขภาพกายและพฤติกรรมของผู้ป่วยภายหลังบาดเจ็บสมองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลและแนะนำการจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยวิธีการไม่ใช้ยาที่เหมาะสมของญาติผู้ดูแลขณะให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระยะยาว

คำสำคัญ: อาการเหนื่อยล้า ญาติผู้ดูแล บาดเจ็บสมอง

วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2562;34(1): 137-148

ABSTRACT

This academic article is written from a literature review and author's work experience. Which discusses the by fatigue symptom management among family caregivers of persons with TBI. Fatigue is a common symptom in person with family caregivers of clients with traumatic brain injury are used fatigue management to maintain their according to the socio-cultural context. The subjects had experience of fatigue management them manage of fatigue symptom on using medicines and not using medicines by themselves. The fatigue symptom management strategies frequency used by the subjects were sleep, emotional relaxations, exercising. The majority of the subjects believed that these fatigue symptoms management were helpful in making them feel relaxed, fresh and strong and relieve fatigue. The study indicate that health professionals should provide information to family caregivers of persons with TBI to manage the physical and behavioral problems in persons after TBI to reduce a fatigue. In addition, they should be encouraged to use non-medication methods to manage their fatigue and maintain their providing long-term care for persons with TBI.

Keyword: Fatigue, Caregiver, Traumatic Brain Injury

Med J Srisaket Surin Biriram Hosp 2019;34(1): 137-148

บทนำ

การบาดเจ็บสมองเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกที่มีส่งผลต่อการเสียชีวิตและความพิการ อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มสูงขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว และจากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก การบาดเจ็บสมองจากอุบัติเหตุบนท้องถนนจะเป็นสาเหตุที่สำคัญอันดับสามของการบาดเจ็บของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2020⁽¹⁾ จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชากรเสียชีวิตจากการบาดเจ็บสมองเฉลี่ยปีละ 52,000 ราย และต้องเข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาล 200,000 ราย⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 มีรายงานการเสียชีวิต

ชีวิตจากการบาดเจ็บสมองจำนวน 12,767 รายต่อประชากร 100,000 ราย⁽³⁾ และเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตอันดับแรกโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนวัยทำงาน ปัจจุบันจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ทำให้ช่วยเพิ่มการรอดชีวิตผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสมองรุนแรง⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ผลจากการได้รับบาดเจ็บสมองรุนแรงทำให้ผู้รอดชีวิตดังกล่าวมีความบกพร่องในการทำหน้าที่และหรือมีความพิการของร่างกายหลงเหลืออยู่ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม จึงต้องพึ่งพาจากสมาชิกครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดช่วยดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน ญาติผู้

ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจและป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้รอดชีวิต จากการบาดเจ็บสมอง แต่การที่ญาติผู้ดูแลต้องมี บทบาทหน้าที่ทั้งในการทำงานประจำและงาน ช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การเคลื่อนย้าย การพลิกตะแคงตัว การออกกำลังกาย การปรุงและให้อาหารทางสายยาง เป็นเวลายาวนาน อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระเพิ่มขึ้น เกิด ความเครียดและมีอาการเหนื่อยล้าตามมาได้⁽⁵⁾ บทความนี้นำเสนอความเหนื่อยล้าและกลวิธีการ จัดการอาการเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลผู้รอดชีวิต จากการบาดเจ็บสมอง เพื่อนำไปเป็นข้อมูล พื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการร่วม วางแผนกับญาติผู้ดูแลในการป้องกันและจัดการ อาการเหนื่อยล้าขณะให้การดูแลผู้รอดชีวิตจาก การบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมอง: ความหมาย ปัญหา และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ความหมายของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมอง หมายถึง การที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนจากแรงภายนอกมากระทบ ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลก ศีรษะ เส้นประสาทสมองและสมอง ซึ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บศีรษะ ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และแรงที่เข้ามากระทบ⁽⁶⁾ ในปี ค.ศ.1993 วิทยาลัยแพทยศาสตร์ฟื้นฟูแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Congress of Rehabilitation Medicine) ได้สรุปคำนิยามของบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย 1. การเปลี่ยนแปลงการทำงานของ สมอง เช่น การสูญเสียระดับความรู้สึกตัว

การสูญเสียความทรงจำขณะก่อนหรือหลัง บาดเจ็บ มีอาการบกพร่องทางระบบประสาท มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิต เช่น สับสน มึนงง จำสถานที่บุคคลหรือเวลาไม่ได้โดยมีองค์ประกอบ ทางคลินิกที่กล่าวมาอย่างน้อยหนึ่งข้อ 2. มีพยาธิสภาพในสมอง 3. การบาดเจ็บมาจากแรงกระทำ ภายนอก

ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมองเป็นระยะวิกฤตของ ร่างกาย เพราะเป็นอันตรายเกี่ยวข้องกับระบบ ประสาทส่วนกลางที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะ ทุกระบบของร่างกาย และอวัยวะในบางระบบที่ ทำหน้าที่ในการมีชีวิต พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน ไม่น้อยมีความพิการหลงเหลืออยู่และต้องการ ฟื้นฟูสภาพได้ดีที่สุดในช่วง 6 ถึง 8 เดือนแรกภาย หลังบาดเจ็บศีรษะ บางรายอาจใช้เวลาถึง 1 ปี แต่ ในระหว่างปีที่ 2 ภายหลังการบาดเจ็บศีรษะยังคง มีการฟื้นฟูสภาพของการทำหน้าที่ทางประสาท⁽⁷⁾ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีปัญหาและความต้องการ ดังนี้

ด้านร่างกาย

การบาดเจ็บสมองอาจทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สีก ตัวหรือมีปัญหาเรื่องการเคี้ยว การกลืน และการ บาดเจ็บทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด ความเครียดทำให้ต้องใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น⁽⁸⁾ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงสภาพผู้ป่วยเป็น หลัก รวมถึงปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการใช้ กิจกรรม เช่น ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรุนแรง ทำให้ ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว

อาจได้รับการเจาะคอและใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือผู้ป่วยบางรายมีปัญหาในการกลืนอาหาร จึงจำเป็นต้องได้รับการใส่สายยางให้อาหาร⁽⁹⁾ อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับอาหารไม่เพียงพอได้ ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับอาหารให้อยู่ใน ปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อช่วยในการเผาผลาญซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วน ต่างๆ ของร่างกาย ต้องการการดูแลให้การขับถ่าย ปัสสาวะอุจจาระให้เป็นไปอย่างปกติ เพื่อรักษา สมดุลของน้ำในร่างกาย นอกจากนี้ผู้ป่วยมีการ สูญเสียการเคลื่อนไหวและความรู้สึก อาจทำให้ ผู้ป่วยมีความพิการ อ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถ เคลื่อนไหวร่างกายได้ ดังนั้นควรมีการดูแลให้ ผู้ป่วยมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวสามารถช่วยลด ภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยได้ รวมถึงเพื่อฟื้นฟู สภาพร่างกายให้กล้ามเนื้อและข้อต่อมีการ เคลื่อนไหวเพื่อช่วยให้ร่างกายสามารถกลับมา ทำงานได้ใกล้เคียงเหมือนภาวะปกติมากที่สุด⁽¹⁰⁻¹¹⁾

ด้านความมั่นคงและความปลอดภัย

การบาดเจ็บสมองอาจทำให้ผู้ป่วยมี อาการทางระบบประสาทโดยตรง ซึ่งมีผลกระทบ ต่อการสื่อสาร ด้านความคิดและอารมณ์ เช่น มีความผิดปกติในการพูด พูดไม่ชัด ความจำเสื่อม สับสน หรือก้าวร้าว การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ลดลง⁽¹²⁾ ความไม่มั่นใจ ไม่มั่นคง เกิดการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของตนเอง เป็นสิ่งที่คุกคามผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการการสื่อสาร ความ ต้องการด้านจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เพื่อให้เกิดความมั่นใจสามารถดำเนินชีวิตได้ตาม ปกติ⁽¹³⁾

ด้านความรัก และความรู้สึกเป็นเจ้าของ

เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ต้องเผชิญ กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม อารมณ์ สติปัญญา จึง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งแยก จากตนเอง จึงต้องการความรัก และต้องการเป็น ที่ยอมรับของครอบครัวและผู้อื่น เพื่อช่วยให้ คุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น ซึ่งครอบครัวเป็นแรง สนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย โดยการเข้ามามี ส่วนร่วมในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ด้วยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ เอื้ออาทร⁽¹⁴⁾

ด้านการยอมรับนับถือ

ความต้องการการยอมรับ ตระหนักใน คุณค่าความสามารถของตนเอง การยอมรับนับถือ ความภาคภูมิใจ ในความสามารถของตัวผู้ป่วยเอง ที่ต้องการกำลังใจจากญาติผู้ดูแล ซึ่งถือว่าเป็น ความต้องการที่อยากให้ตนเองได้รับการยกย่อง นับถือ ว่าเป็นคนสำคัญต่อครอบครัวสังคม แต่จาก การได้รับบาดเจ็บส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าลดลง เนื่องจากมีการปรับตัวลดลงเนื่องจากการปรับตัว ลดลง⁽¹⁵⁾

ผลกระทบจากการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้บาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้มีความบกพร่อง และข้อจำกัดในการดูแล ตนเอง และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลและพึ่งพา จากบุคคลอื่น โดยสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ เข้ามามีบทบาทมีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อ ตอบสนองความต้องการ ซึ่งญาติผู้รับผิดชอบใน การดูแลผู้ป่วยนั้นย่อมเกิดผลกระทบต่อการ

ดำเนินชีวิต ญาติผู้ดูแลถือเป็นบุคคลหรือที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลมากที่สุด พบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสังคม ดังนี้

ด้านร่างกาย เมื่อบุคคลในครอบครัวบาดเจ็บต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมีผู้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยเกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะเป็นความเจ็บป่วยที่รุนแรง หรืออันตรายย่อมทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา และทุ่มเทร่างกายและแรงใจในการดูแลจนสุขภาพทรุดโทรม ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง บางครั้งเกิดความวิตกกังวลจนนอนไม่หลับ มีปัญหาในการรับประทานอาหารได้น้อย ไม่ตรงเวลา หรือพักผ่อนน้อยลง⁽¹⁶⁾

ด้านจิตใจ การบาดเจ็บสมองส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยก่อให้เกิดความเครียดด้านจิตใจ ซึ่งเป็นผลกระทบระยะยาวและต่อเนื่อง จากการเจ็บป่วยที่รุนแรงถือเป็นสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นในครอบครัวเป็นการเจ็บป่วยที่เฉียบพลันและร้ายแรง กลัวสูญเสียผู้ป่วยไป กลัวดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤติเข้าสู่ระยะเรื้อรังนั้น ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง หรือต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะยาวเนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในด้านต่างๆ ทำให้ต้องการการดูแลแบบพึ่งพาสูงหรือทั้งหมด⁽¹⁸⁾

ด้านสังคม การที่สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวต้องรับภาระมากขึ้น บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องรับภาระ

มากขึ้น ภรรยา หรือสมาชิกอื่นในครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวแทน ซึ่งภาระการดูแลผู้ป่วยทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป⁽¹⁹⁾ รวมถึงการที่ต้องทำกิจกรรมบางอย่างแทนพยาบาลเมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ การเช็ดตัว การพลิกตะแคงตัว การดูแลสุขวิทยา การออกกำลังกาย แขนขา การทำอาหารป้อนหรือการให้อาหารทางสายยาง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องทุกวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องทุ่มเทกับกิจกรรม ส่งผลกระทบต่องานประจำที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ทั้งนี้หากไม่สามารถจัดแบ่งเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดความลำบากในการให้การดูแล การปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เป็นผลให้เกิดการรับรู้ว่าคุณค่าตนมีความลำบากมากขึ้น เริ่มรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ ซึ่งเป็นสาเหตุให้การให้การดูแลไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ต่อเนื่อง

ด้านการเงิน จากการที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายในระยะยาว หรือไม่สามารถกลับมาประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม บางรายผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวทำให้มีผลกระทบต่อรายได้หลักของครอบครัว หรือจากการที่ผู้ดูแลเองต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่องานประจำที่ทำ ต้องเปลี่ยนงาน หรือออกจากงาน เพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ค่าเดินทาง ค่าอุปกรณ์ในการรักษา ทำให้ครอบครัวได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ⁽¹⁵⁾

อาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

ความหมายของอาการเหนื่อยล้า

อาการเหนื่อยล้า เป็นประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตประจำวัน หรือเป็นอาการที่บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ พบได้ทั้งคนปกติและคนเจ็บป่วย⁽²⁰⁻²¹⁾ โดยเป็นความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย หดแรงแทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางกายและจิตลดลงไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยการพักผ่อน เป็นการรับรู้ของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ขาดพลังจนทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งหมดแรง อาจเกิดกับส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือเกิดพร้อมกันทุกส่วน และอาจมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม และสติปัญญาไปด้วย⁽²²⁾

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของดอดด์และคณะ⁽²³⁾ เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา แนวคิดได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสามโนทัศน์หลักที่มีความสัมพันธ์กับบุคคล สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพความเจ็บป่วย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยด้านบุคคล

- **อายุ** มีผลต่อการแสดงออกการรับรู้ถึงอาการเหนื่อยล้า ซึ่งวัยผู้ใหญ่ มีความอดทน สุขุม รอบคอบ ผ่านประสบการณ์มากมาย ทำให้มีการปรับตัวเข้ากับบทบาทได้ดี ส่งผลให้มีความอดทนและปรับตัวต่ออาการเหนื่อยล้าได้ดี

- **แรงจูงใจ/ครอบครัว** การที่ญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์และมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง โดยตรง โดย เป็นคู่สมรส หรือบิดามารดาของผู้ป่วย โดยบิดามารดาจะมีความรักใคร่ต่อบุตรผู้ดูแลเป็นคู่สมรส จะประเมินว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลบุคคลที่ตนรัก เป็นโอกาสได้ตอบแทนความดีของผู้ป่วย โดยดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความผูกพัน มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแล ประเมินสภาพการณ์ว่าไม่คุกคาม หรือรู้สึกเครียด⁽¹⁵⁾

- **ทัศนคติต่อการดูแล** หากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัว มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บิดามารดา หรือบุตร จะมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยทำให้ ไม่ถือว่าการดูแลเป็นภาระคุกคามกับตนเองมีความสัมพันธ์ให้สามารถอดทนและเผชิญกับความเหนื่อยล้าได้ดีขึ้น⁽¹⁵⁾

- **ประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล** ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบต่อการรับรู้อาการเหนื่อยล้าได้ในปัจจุบัน การที่ผู้ดูแลเคยดำรงบทบาทผู้ดูแลและเคยดูแล หรือมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา พบว่าสามารถอดทนและเผชิญกับความเหนื่อยล้าได้ดีกว่าด้วย⁽¹⁶⁾

- **ระดับการศึกษา** ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำจะรับรู้ถึงภาระการดูแลได้น้อยกว่ามีความคาดหวังต่ำกว่าผู้มีระดับการศึกษาสูงส่งผลให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้น้อยกว่า⁽²²⁾

ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

สุขภาพการเจ็บป่วยส่วนบุคคล ผู้ดูแลที่ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าแข็งแรง มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ทำให้อดทนต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่รู้สึกเหนื่อยล้า ตรงกันข้าม

หากสุขภาพของผู้ดูแลไม่แข็งแรงก็จะส่งผลกระทบต่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้มากขึ้น⁽¹⁵⁾ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การที่ผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันมาก จะทำให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้ามากขึ้นระดับความพิการของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีระดับความพิการหลงเหลืออยู่มาก ทำให้เป็นภาระที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลมาก เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูในระยะยาว และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความพิการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในการทำกิจกรรม การดูแลกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน ซึ่งผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาไปกับการดูแลมากเท่าใดก็สูญเสียพลังงานมากตามไปด้วย ทำให้เกิดการเบื่อหน่าย เหนื่อยล้าในการดูแล

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อญาติผู้ดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ผู้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวที่มีความผูกพัน รักใคร่อันดีกับผู้ป่วยจึงมีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก และมีทัศนคติที่ดีในการดูแล ทำให้ประเมินภาระการดูแลว่าไม่คุกคามกับชีวิตมีความสามารถเผชิญกับความเหนื่อยล้าได้ดี และหากผู้ดูแลมีโอกาสรับความรู้ในการดูแล และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งจากครอบครัว เครือญาติ และสังคม ทำให้มีกำลังใจในการดูแล มีเวลาละวางจากการดูแลผู้ป่วย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่รับผิดชอบอยู่

เดิมได้ ส่งผลให้ไม่รู้สึกเหนื่อยล้ามากในการดูแลผู้ป่วย⁽²⁴⁻²⁶⁾

การประเมินอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

แบบประเมินที่ใช้ในการประเมินอาการเหนื่อยล้ามีใช้กันอย่างแพร่หลาย พบว่ามีแบบประเมินที่ใช่ง่าย และสะดวกในการประเมินอาการเหนื่อยล้า ที่สามารถใช้ได้ครอบคลุม คือ แบบวัดอาการเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของบุคคล เป็นการประเมินอาการเหนื่อยล้าจากประสบการณ์การรับรู้ของบุคคลที่เกิดอาการเหนื่อยล้าเอง ซึ่งอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อบุคคลทั้งด้านร่างกาย เช่น การแสดงออกทางกายที่รู้สึกอ่อนเพลียมากที่สุด ด้านอารมณ์ เป็นความรู้สึกที่เป็นผลให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น โกรธง่าย ไม่อดทน ด้านพฤติกรรม การประเมินอาการเหนื่อยล้าจากการรับรู้ของบุคคลนั้น สามารถแบ่งได้เป็นสองประเภท คือ แบบประเมินความเหนื่อยล้าแบบมิติเดียว และแบบประเมินอาการเหนื่อยล้าที่ครอบคลุมหลายมิติ⁽²¹⁾

แนวคิดการจัดการอาการ

แนวคิดที่ใช้ในการจัดการอาการมีหลายแนวคิดที่น่าสนใจ ในที่นี้ขอนำเสนอแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของดอดด์และคณะ⁽²³⁾ อธิบายถึงสามมโนทัศน์หลักที่สัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์อาการ (symptom experience) กลยุทธ์การจัดการอาการ (symptom management strategies) และผลลัพธ์ (outcomes) โดยเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย มีการรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคาม

และมีการเปลี่ยนแปลง จะทำให้บุคคลแสวงหาวิธีจัดการกับอาการ เป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการนั้น การจัดการอาการดังกล่าวส่งผลลัพธ์ต่างๆ ตามมา นอกจากนี้แนวคิดดังกล่าวยังกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสามมโนทัศน์หลักที่มีความสัมพันธ์กับบุคคล สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพความเจ็บป่วย

นอกจากนี้ดอตต์และคณะ⁽²³⁾ กล่าวถึงมโนทัศน์หลักของแนวคิดการจัดการอาการดังกล่าวซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยสามด้าน ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านบุคคล (person) (2) ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย (health and illness) และ (3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

การประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

การประเมินการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง ใช้แบบประเมินตามกรอบแนวคิดของดอตต์และคณะ⁽²³⁾ โดยมีข้อคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าว่าใช้วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าด้วยวิธีอะไร (what), จัดการอาการนั้นอย่างไร (how), ใครเป็นคนใช้วิธีการจัดการนั้น (who), ทำไมต้องจัดการอาการเหนื่อยล้า (why), จัดการโดยใคร (to whom), จัดการสถานที่ที่ไหน (where) และใช้วิธีจัดการนั้นถี่เพียงใด (how often)

กลยุทธ์การจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บสมอง

การจัดการอาการเหนื่อยล้า เป็นกลวิธีที่มีเป้าหมาย เพื่อเป็ยงเบนหรือชะลอผลลัพธ์ทางด้านลบโดยใช้กลวิธีดูแลตัวเอง การใช้ยาบรรเทาอาการ และการอาศัยบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลา⁽²³⁾ ผู้เขียนได้นำแนวคิดการจัดการอาการของดอตต์ เป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 วิธีคือ การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการใชยา และการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยวิธีอื่นๆ ที่ไม่ใชยา

การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยการใชยา

การใชยาในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นนั้น พบว่ามีการนำมาใช้อย่างมากมาย เพื่อลดระดับอาการเหนื่อยล้า เช่น การใชยาในกลุ่มลดความวิตกกังวล เพื่อช่วยในการแก้ความวิตกกังวล คลายเครียด คลายกล้ามเนื้อ หรือถ้ารับประทานในปริมาณขนาดสูงจะกดสมอง ช่วยทำใหนอนหลับพักผ่อนได้ ยาในกลุ่มโรคต่างๆ ที่มีอาการเหนื่อยล้า เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ปวด การจัดการอาการโดยการใชยาร่วมกับการจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยวิธีอื่น ซึ่งยาที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาคลายเครียด และยาตาม เช่น ญาติผู้ดูแลที่ใชยาพาราเซตามอลแก้ปวด ศีรษะบรรเทาอาการเหนื่อยล้าบางครั้งและใช้ร่วมกับการจัดการอาหารร่วมกับวิธี เมื่อรู้สึกไม่สบายหรือมีอาการปวดศีรษะร่วมด้วย

การจัดการอาการเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองใช้วิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าในรูปของการไม่ใช้ยาด้วยการดูแลด้านร่างกาย และด้านจิตใจและความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม โดยวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่พบบ่อย ได้แก่

นอนหลับพักผ่อน มักพบเป็นส่วนใหญ่หรือวิธีแรกที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยล้า และอาจกล่าวได้ว่าการนอนหลับเป็นการเยียวยาความเหนื่อย เพลีย เมื่อยล้าได้ดีที่สุด⁽²⁸⁾

การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้และพบบ่อย เช่น เดิน วิ่งบริเวณรอบๆ บ้าน โยคะในบ้าน และแอโรบิค โดยให้เหตุผลว่า เมื่อทำแล้วรู้สึกผ่อนคลาย เหงื่อออกแล้วสบายตัว ทำแล้วบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้ ใช้ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยหลับในการออกกำลังกาย ทั้งนี้จะเลือกใช้การออกกำลังกายโดยวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับบริบทของสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยด้วย เช่น หากบริบทการดูแลที่อยู่ในโรงพยาบาลอาจมีข้อจำกัดในบางกิจกรรม ญาติผู้ดูแลอาจสามารถทำได้ เช่น การเดิน ยืดเส้นยืดสาย⁽²⁹⁾

การสร้างกำลังใจ การทำจิตใจให้สงบ เป็นการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่ทำให้ผู้ดูแลมีความสบายใจขึ้น ได้แก่ การสวดมนต์ ขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การนั่งสมาธิ กำหนดลมหายใจ โดยญาติผู้ดูแลให้เหตุผลว่า ทำแล้วมีพลัง/มีกำลังใจจิตใจสงบ และบรรเทาอาการเหนื่อยล้าได้ดีมากอีกวิธีหนึ่ง⁽³⁰⁾

นอกจากการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น ยังพบการจัดการอาการเหนื่อยล้าวิธีอื่น ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มี

ประโยชน์ การทำร่างกายให้สดชื่น และการนวด เป็นต้น ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเลือกใช้เพียงวิธีเดียวหรือหลายวิธีนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลในการประเมินอาการ ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ตามการรับรู้ และการตอบสนองอาการ และการจัดการอาการนั้นเป็นวิธีการเพื่อบรรเทาอาการ โดยเลือกวิธีการจัดการอาการตามความเชื่อของตนเอง

สรุปและข้อเสนอแนะ

การบาดเจ็บสมองเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเนื่องจากผู้ฟื้นฟูจากการบาดเจ็บต้องคงอยู่กับอาการ ความพิการ จำเป็นต้องได้รับการติดตามอาการและฟื้นฟูสภาพในระยะยาว ซึ่งผลกระทบดังกล่าวนอกจากส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ครอบครัว และประเทศชาติ โดยเมื่อผู้ป่วยมีความพิการที่หลงเหลืออยู่ในระดับรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดนั้น ญาติผู้ดูแลถือเป็นบุคคลสำคัญที่คอยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่กิจวัตรประจำวัน กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ และกิจกรรมการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เมื่อญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีเวลาพักผ่อน หรือรับประทานอาหาร รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ทำให้ญาติผู้ดูแลมีอาการเหนื่อยล้าได้ หากญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงอาการเหนื่อยล้าเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม เช่น ทำให้มีความไม่สุขสบาย มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมน้อยลง ไม่สนใจ

สิ่งรอบข้าง ทำให้ศักยภาพในการดูแลลดลง เป็นผลให้ต้องหาวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น เพื่อให้หาย บรรเทา หรือชะลออาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้เสนอแนะให้ควรมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในการดูแลร่วมกับญาติผู้ดูแล และการประเมินระดับอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล แนะนำหรือสอนวิธีการจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Tabish SA, Syed N. Recent advances and future trends in traumatic brain injury. *Emerg Med (Los Angel)* 2014; 4(6):1-21.
2. Dawodu ST., Talavera F., Salcido R, Kishner S., Yadav RR. Traumatic brain injury-Definition and pathophysiology. [Internet]. [cited 2017 Oct. 28]. Available from :URL: <https://emedicine.medscape.com/article/326510-overview>
3. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2556-2558. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 28 ต.ค. 2560]. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1020&searchText=&pn=2>
4. Maas AI, Stocchetti N, Bullock R. Moderate and severe traumatic brain injury in adults. *Lancet Neurol* 2008; 7(8):728-41.
5. Deeken JF, Taylor KL, Mangan P, Yabroff KR, Ingham JM. Care for the caregivers: a review of self-report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers. *J Pain Symptom Manage* 2003;26(4):922-53.
6. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. บาดเจ็บศีรษะ. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 2 เม.ย.2552]. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://www.rcst.or.th/view.php?group=8&id=208>
7. Andruszkow H, Deniz E, Uner J, Probst C, Grün O, Lohse R, et al. Physical and psychological long-term outcome after traumatic brain injury in children and adult patients. *Health Qual Life Outcomes* 2014;12:26.
8. กรรณิกา รักยิ่งเจริญ. การปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2557;25(1):90-7.
9. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. วารสารพยาบาลรามธิบดี 2557;20(1):10-22.
10. นภาพร มาศสุข, ศุภร วงศ์ทัญญู, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ. ประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในโปรแกรมกระตุ้นประสาทรับรู้ต่อการฟื้นฟูสภาพและภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 12

- ณ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 12-13 กุมภาพันธ์ 2552. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552:736-47.
11. บุปผา ลาภทวี. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้บาดเจ็บศีรษะปานกลาง ถึงรุนแรงที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ปทุมธานี: งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน 1 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2556.
 12. Finnanger TG, Olsen A, Skandsen T, Lydersen S, Vik A, Evensen KA, et al. Life after Adolescent and Adult Moderate and Severe Traumatic Brain Injury: Self-Reported Executive, Emotional, and Behavioural Function 2-5 Years after Injury. *Behav Neurol* 2015;2015:329241.
 13. Twamley EW, Jak AJ, Delis DC, Bondi MW, Lohr JB. Cognitive Symptom Management and Rehabilitation Therapy (CogSMART) for veterans with traumatic brain injury: pilot randomized controlled trial. *J Rehabil Res Dev* 2014;51(1):59-70.
 14. สมทรง บุตรชีวิน. ความสัมพันธ์ระหว่างการมีเงื่อนไข การเปลี่ยนผ่านกับการสูญเสียสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
 15. อุษณีย์ เหมแหวน. ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
 16. Pawl JD, Lee SY, Clark PC, Sherwood PR. Sleep loss and its effects on health of family caregivers of individuals with primary malignant brain tumors. *Res Nurs Health* 2013;36(4):386-99.
 17. Chronister J, Chan F, Sasson-Gelman EJ, Chiu CY. The association of stress-coping variables to quality of life among caregivers of individuals with traumatic brain injury. *Neuro Rehabilitation* 2010;27(1):49-62.
 18. วลัยนารี พรหมลา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวผู้บาดเจ็บศีรษะ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
 19. เฟื่องฟ้า สีสวย. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
 20. เพ็ญประภา เทียบคุณ. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการใช้น้ำมันหอมระเหยต่ออาการเหนื่อยล้าในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการ

- พยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
21. Piper BF. Fatigue. In: Carrieri-Kohlman V, Lindsey AM, West CMeds. Pathophysiological phenomena in nursing : Human Responses to Illness. 3rded. Philadelphia: Saunders; 2003:273-302.
 22. วัชรวรรณ จันทรอินทร์. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับการบริหารกาย - จิตแบบซึ่งกันต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.
 23. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs 2001;33(5): 668-76.
 24. มยุรี พางาม. อาการเหนื่อยล้าของสตรีในระยะคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
 25. วริศา วรวงศ์. อาการเหนื่อยล้าในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการผดุงครรภ์ขั้นสูง, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
 26. ปราบธนา ชั่วตระกูล. อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
 27. ชลธิชา แยมมา, พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. ปัญหาการนอนหลับ ความเหนื่อยล้า และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558;(2):183-96.
 28. ศุภกร หวานกระโทก, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ, บัณฑลวง สำแดงฤทธิ์. แบบแผนอาการเหนื่อยล้า การจัดการและผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557;32(1): 50-8.
 29. Patterson E, Wan YW, Sidani S. Non pharmacological nursing interventions for the management of patient fatigue: a literature review. J Clin Nurs 2013;22(19-20):2668-78.
 30. อรุณี ชุนหบดี, ธิรัตน์ สุภานันท์, โรชนี อุปรา, สุนทรีภรณ์ ทองไสย. ความเครียดและความต้องการของ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2558;24(1):1-7.