

ความเหนื่อยล้าและวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

ลัดดาวัลย์ ไกรวัชร*

วรรณภา ประไพพานิช**

สุปรีดา มั่นคง***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าและการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ทฤษฎี The Theory of Unpleasant Symptoms และ Model for symptom management เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 100 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ 3) แบบสอบถามความเหนื่อยล้า และ 4) แบบสอบถามการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัยพบว่าญาติผู้ดูแลทั้งหมดมีความเหนื่อยล้าหลายระดับ โดยส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง มีการจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยการไม่ทำอะไร และการเข้าร่วมกับการไม่ทำอะไร สำหรับการจัดการความเหนื่อยล้าโดยการไม่ทำอะไรมีหลายกิจกรรมร่วมกัน ซึ่ง 5 กิจกรรมที่ใช้มาก ได้แก่ การพูดคุยกับคนรู้ใจ การนอนหลับ/พักผ่อน การทำสมาธิ การฟังดนตรีและการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีต่างๆ ในการจัดการกับความเหนื่อยล้าให้เหมาะสมตามสถานการณ์และอาการที่เกิดขึ้น แหล่งข้อมูลของการจัดการโดยไม่ทำอะไรขึ้นอยู่กับวิธีการด้วยตนเองตามอาการและวิธีการของตนเอง โดยได้ความรู้จากแผ่นพับหรือหนังสือ ญาติผู้ดูแลจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยการเข้าร่วมด้วยนั้นใช้แหล่งข้อมูลส่วนใหญ่มาจากแพทย์และพยาบาลโดยคำนึงถึงการใช้จ่ายในขนาดที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคิดว่าการจัดการกับตนเองช่วยให้ความเหนื่อยล้าลดลงและช่วยให้รู้สึกสบายใจมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่บ้าน

ผลการศึกษาแสดงว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า พยาบาลควรวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันช่วยเหลือและแก้ไขการเกิดความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

คำสำคัญ : ญาติผู้ดูแล, ความเหนื่อยล้า, การจัดการกับความเหนื่อยล้า, ภาวะหัวใจล้มเหลว

* นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** Corresponding Author อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: rawnp@mahidol.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Fatigue and fatigue management of family caregivers caring for older adults with heart failure post discharge

Laddawan Krairak*

Wonnapha Prapaipanich**

Supreeeda Monkong***

Abstract

This descriptive study aimed to investigate fatigue and fatigue management of family caregivers caring for older adults with heart failure. The conceptual framework guiding the study was the theory of unpleasant symptoms and the symptom management model. One hundred of family caregivers of older adults with heart failure discharged from the hospital more than one month were recruited by purposive sampling. Questionnaires used in this study consisted of 4 parts: 1) the demographic questionnaire of older adults with heart failure; 2) the demographic questionnaire of family caregivers; 3) Modified Fatigue Symptom Checklist; and 4) the symptom management questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics.

The result showed that all family caregivers experienced fatigue at different levels. Most of family caregivers had moderate levels of fatigue. To manage the fatigue symptoms, all family caregivers employed non-pharmacological method, while some used medication in combination with non-pharmacological method. The top five non-pharmacological methods were talking with friends or colleagues, sleeping/resting, meditation, listening to music, and exercising. The family caregivers usually used several methods to manage their fatigue according to situation or symptom occurrence. Resources of non-pharmacological methods were mainly by their management, based on individual and personal method, and the second resource was from pamphlet or books. The family caregivers who used medication to manage their fatigue mentioned by physicians or nurses as their resource concerning appropriate medication usage. The used of management methods lead to feeling more comfortable and a reduction of their fatigue. All family caregivers performed activities or fatigue management methods at their homes.

The study showed that all family caregivers experienced fatigue in some degree. Nurses should realize and plan to prevent, help, and reduce family caregiver's fatigue.

Keywords : family caregiver, fatigue, fatigue management, heart failure

* Student Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Ramathibodi Nursing School, Mahidol University

** Corresponding Author, Instructor, Ramathibodi Nursing School, Mahidol University, E-mail: rawnp@mahidol.ac.th

*** Assistant Professor, Ramathibodi Nursing School, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพในหลายประเทศทั่วโลก ในแต่ละปีจำนวนของผู้ป่วยยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาตามมา สถิติในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 5 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มขึ้นถึง 550,000 คนต่อปี ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 35 ภายใน 6 เดือน¹ และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในปี ค.ศ. 2010 เป็นจำนวนเงินสูงถึง 39,200 ล้านดอลลาร์² สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2550-2553 มีจำนวนผู้ป่วย 187.27, 209.03, 224.94 และ 231.07 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ³

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการที่สำคัญ คือ หายใจไม่สะดวก และบวม⁴ เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้น ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรม^{5,6} การรับรู้ความรู้สึก การตอบสนองต่อสิ่งเร้า⁷ และคุณภาพการนอนหลับลดลง⁸ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้นจะแสดงออกมาในรูปของความวิตกกังวลและซึมเศร้า^{9,10} สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล¹¹

ญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การช่วยเหลือดูแลนี้ทำให้ญาติผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้นมาก เนื่องจากผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลในหลายด้านที่มีความสลับซับซ้อน และเป็นภารกิจที่ต่อเนื่องยาวนาน การดูแลจึงส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า ซึ่งความเหนื่อยล้าเป็นอาการหนึ่งที่พบได้บ่อยในญาติผู้ดูแล¹²⁻¹⁴ โดยเป็นความรู้สึกของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียอย่างมาก ก่อให้เกิดความไม่สบาย นอนไม่หลับ ความรู้สึกหมดแรงและหมดประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งหากความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการประเมินและจัดการ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต¹⁵ และส่งผลถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้ในที่สุด

การศึกษาที่ผ่านมาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการดูแลเพื่อเพิ่มหรือพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย^{16,17} ซึ่งภาระในการดูแลที่บ้านทั้งหมดจึงเป็นความรับผิดชอบของญาติผู้ดูแลที่ต่อเนื่องยาวนาน การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความเหนื่อยล้าและการจัดการกับความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในการประเมินปัญหา วางแผนในการช่วยเหลือ และสามารถให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในการป้องกัน ควบคุมหรือบรรเทาอาการเหนื่อยล้าและเป็นการช่วยส่งเสริมบทบาทญาติผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้ ทฤษฎี The Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS)¹⁸ ในการประเมินระดับความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแล เนื่องจากความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นในญาติผู้ดูแลเป็นอาการไม่สบายอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจแสดงเพียงอาการเดียวหรืออาจเกิดหลายอาการร่วมกัน โดยอาการหนึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอีกอาการหนึ่งก็ได้ เช่น ญาติผู้ดูแลที่พักผ่อนไม่เพียงพอ กังวลใจ เบื่อหน่าย สุขภาพไม่แข็งแรงหรือหงุดหงิดใจ อาจมีอาการเหนื่อยล้าตามมา ซึ่งความไม่สบายที่เกิดขึ้นเป็นการรับรู้เฉพาะของแต่ละบุคคล มีความแตกต่างกันออกไปและผันแปรตามความรุนแรงของอาการ ความถี่ ระยะเวลาที่เกิดอาการ และลักษณะของอาการ ความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อสมรรถนะในการทำหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกาย การรับรู้ ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีประสิทธิภาพแตกต่างกันไปด้วย โดยปัจจัยทางด้านร่างกายที่มีอิทธิพลที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่ ภาวะสุขภาพ โรค ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความไม่แน่ใจ ความวิตกกังวล ความเครียด ความซึมเศร้า ปฏิกริยาที่มีต่อความเจ็บป่วย และปัจจัยสุดท้ายได้แก่ ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ เช่น สภาพการทำงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ การมีเงินใช้จ่ายสะดวก และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต เป็นต้น ซึ่งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถบอกหรืออธิบายปัจจัยทางด้านร่างกายได้เหมือนๆ กัน แต่ปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างของอาการ คือ ปัจจัยทางด้านจิตใจ หรือปัจจัยทางด้านสถานการณ์ และใช้วิธีการจัดการอาการ (symptom management) จากกรอบแนวคิด Model for symptom management¹⁹ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง¹²⁻¹⁴ เป็นแนวทางในการศึกษาถึงวิธีการในการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลที่เกิดขึ้น โดยญาติผู้ดูแลจะมีการประเมินและเลือกใช้วิธีการจัดการตามพื้นฐานความเชื่อและการรับรู้ของตนเอง รูปแบบการจัดการประกอบด้วย วิธีการที่ใช้คืออะไร ใช้เมื่อไร ใช้ที่ไหน ทำไม่จึงต้องใช้ ใช้มากน้อยเท่าไร

ใช้กับใคร และใช้อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. ระดับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. วิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ศึกษาความเหนื่อยล้าและวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและได้รับการจำหน่ายไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ที่มารับการตรวจอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2554 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2555

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสถิติผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2550 - 2552 พบว่าจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ย 3 ปี มีจำนวน 401 คนต่อปี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์จำนวนประชากรหลักร้อยละ 15-30²⁰ ในการเก็บรวบรวมครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 25 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 100 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดย 1) เป็นผู้ดูแลหลัก 2) เป็นผู้ที่ทำกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือโดยตรงในด้านต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ 3) เป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่มีคำตอบแทนที่เป็นคำจ้างหรือรางวัล และ 4) อายุ 18 ปีขึ้นไป ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (Cognitive status) และได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ซึ่งมีจำนวน 4 ราย ผ่านเกณฑ์ทุกคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set test)²¹ ประเมินความสามารถในการรับรู้ของญาติผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นข้อคำถามที่ให้ญาติผู้ดูแลบอกชื่อสี สัตว์ ผลไม้ จังหวัด หมวกละ 10 ชื่อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้องแต่ละคำตอบ คะแนนสูงสุดในแต่ละหมวดเท่ากับ 10 คะแนน คะแนนสูงสุดในการทดสอบเท่ากับ 40 คะแนน หากได้คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ปกติ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย จำนวนบุคคลที่ดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพหลังการดูแล และบุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย (New York Heart Association: NYHA) ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular ejection fraction: LVEF) และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาใน 1 ปี ที่ได้จากเวชระเบียน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า (Modified Fatigue Symptoms Checklist: MFSC) ของพิวส์และมิลลิแกน²² แปลเป็นภาษาไทย โดยภาวดี โปชัยคุปต์²³ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ที่ถามความรู้สึกเกี่ยวกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น

ของญาติผู้ดูแล มีลักษณะเป็น Likert scale 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ไม่รู้สึกเลย เท่ากับ 1 คะแนน รู้สึกบ้างบางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน รู้สึกค่อนข้างบ่อย เท่ากับ 3 คะแนน รู้สึกบ่อยมาก เท่ากับ 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-120 คะแนน แบ่งระดับความเหนื่อยล้าโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทุกข้อ ตามข้อกำหนดของ Len et al., (1997)¹⁸ โดยคะแนนน้อยกว่า mean - 1SD หมายถึง มีความเหนื่อยล้าระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง mean $\pm$ 1SD หมายถึง มีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง คะแนนมากกว่า mean + 1SD หมายถึง ความเหนื่อยล้าระดับสูง ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง²⁴ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดของดอตต์และคณะ¹⁹ ประกอบด้วย 1) วิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้า 2) เหตุผลในการเลือก 3) แหล่งที่มาของข้อมูล 4) ผู้ช่วยเหลือ 5) เวลาที่ปฏิบัติ และ 6) สถานที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้า แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ .83 หลังปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้ (pilot) และนำมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อญาติผู้ดูแลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ

ตามที่กำหนด ผู้วิจัยพบผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอกตามรายชื่อที่เลือกไว้ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งญาติผู้ดูแลทุกคนยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยอธิบายถึงการตอบแบบสัมภาษณ์ แล้วทำการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลตามแบบสอบถาม และผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับคำรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2554 และโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2554 เมื่อได้รับเอกสารรับรองแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัย อธิบายให้ทราบถึงวิธีการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย สิทธิที่ญาติผู้ดูแลจะเข้าร่วมวิจัย หรือปฏิเสธที่จะออกจากการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการใดๆทั้งสิ้น ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม นำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมที่จะเข้าร่วมในการทำวิจัย หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 100 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 77 มีอายุตั้งแต่ 25 ถึง 73 ปี อายุเฉลี่ย 49.34 ปี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 48 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 41 ยังคงทำงานเพื่อหารายได้ร้อยละ 64 มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บร้อยละ 46 และส่วนใหญ่ร้อยละ 62 รับผิดชอบเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเพียงบางส่วน จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ตั้งแต่ 2 - 24 ชั่วโมง จำนวนเฉลี่ย 10.25 ชั่วโมง ส่วนใหญ่ให้การดูแลน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 44 ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วเป็นเวลา 13 ถึง 60 เดือน คิดเป็นร้อยละ 41 มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยเป็นบุตรมากที่สุดร้อยละ 75 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46 มีภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุคนอื่นที่มีโรคประจำตัว และมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล ร้อยละ 79 โดยเป็นญาติพี่น้อง ร้อยละ 60.75 คู่สมสร้อยละ 13.9 ลูกจ้างร้อยละ 18.9 และเป็นบุตรร้อยละ 6.32 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร้อยละ 58 บางคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค โดยโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่พบมากที่สุด ร้อยละ 23 คน ภายหลังเข้ารับบทบาทในการดูแลผู้ป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพหลังการดูแล ร้อยละ 79 โดยบางคนมีมากกว่า 1 ปัญหา ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดได้แก่ เครียด

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลุ่มตัวอย่างดูแลเป็นเพศหญิงร้อยละ 65 มีอายุระหว่าง 60-74 ปี อายุเฉลี่ย 75.10 ปี ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ 1-6 เดือน ร้อยละ 42 ส่วนใหญ่มีความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่า 40% ร้อยละ 61 และ ร้อยละ 14 มีความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่า 40% มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 64 และที่เหลือเป็นกลุ่มที่มี

ข้อจำกัดทางกิจกรรมอย่างชัดเจน โรคร่วมที่พบในระหว่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนและโรคหัวใจอื่นๆ ความผิดปกติในการเผาผลาญอาหาร และโรคระบบสืบพันธุ์ และทางเดินปัสสาวะ ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าอยู่ในช่วงคะแนนตั้งแต่ 31-100 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.2 (SD = 15.4) ความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างจัดอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (N=100)

	ข้อมูลความเหนื่อยล้า	จำนวน(คน)/ร้อยละ
ระดับต่ำ	(คะแนน 31 - 36.8)	17
ระดับปานกลาง	(คะแนน 36.9 - 67.6)	70
ระดับสูง	(คะแนน 67.7 - 100)	13

วิธีการจัดการที่กลุ่มตัวอย่างใช้บ่อยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ การจัดการโดยการไม่ใช้ยา และการจัดการโดยใช้ยา โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 100 รายใช้การจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยการไม่ใช้ยา และพบว่า มีการใช้หลายวิธีร่วมกัน โดย 5 กิจกรรมที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ การพูดคุยกับคนรู้ใจ ร้อยละ 71 การนอนหลับ/พักผ่อน ร้อยละ 58 ทำสมาธิ ร้อยละ 57 ฟังดนตรี ร้อยละ 56 และการออกกำลังกาย ร้อยละ 47 และพบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีดังกล่าวเป็นประจำ

จากการศึกษาพบว่าไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดใช้การจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยการใช่วิธีเดียว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 17 มีวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยการให้ยาควบคู่ไปกับการไม่ใช้ยา ซึ่งยาที่ใช้ ได้แก่ ยาแผนปัจจุบัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ใช้ยาควบคู่ไปด้วยนั้น มีลักษณะการใช้ยา เป็นประจำ ร้อยละ 52.94 และใช้เป็นบางครั้งที่มีอาการเหนื่อยล้า ร้อยละ 29.41 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (N=100)

วิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้า	ใช้น้อยมาก		ใช้เป็นบางครั้ง		ใช้เป็นส่วนใหญ่		ใช้เป็นประจำ	
	N	%	N	%	N	%	N	%
การจัดการโดยไม่ใช้ยา(N=100)								
พูดคุยกับคนรู้ใจ (N=71)	4	5.63	6	8.45	11	15.49	50	70.42
นอนหลับ/พักผ่อน (N=58)	0	0.00	2	3.44	3	5.17	53	91.38
ทำสมาธิ (N=57)	4	7.02	14	24.56	10	17.54	29	50.88
ฟังดนตรี (N=56)	1	1.78	14	25	5	8.92	36	64.28
ออกกำลังกาย (N=47)	5	10.63	12	25.53	3	6.38	27	57.45
การจัดการโดยไม่ใช้ยาร่วมกับใช้ยา (N=17)								
ยาแผนปัจจุบัน (N=17)	2	11.76	5	29.41	1	5.88	9	52.94

กลุ่มตัวอย่างทุกรายทั้งที่เลือกใช้วิธีการจัดการโดยการไม่ใช้ยาและใช้ยาร่วมด้วยนั้น มีเหตุผลในการเลือกวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเหมือนกัน โดยคิดว่าปฏิบัติแล้วช่วยให้ความเหนื่อยล้าลดลง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 มีความเห็นเพิ่มเติมว่า

เมื่อปฏิบัติแล้วช่วยให้รู้สึกสบายใจมากขึ้น แหล่งที่มาของข้อมูลของวิธีการจัดการโดยไม่ใช้ยาวิธีต่างๆรวมถึงการใช้ยาร่วมด้วยนั้น ส่วนใหญ่ได้มาจาก แผ่นพับหรือหนังสือ และ จากการจัดการด้วยตนเอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของแหล่งที่มาของข้อมูลในการเลือกทำกิจกรรมการจัดการความเหนื่อยล้า (N=100)

การจัดการกับความเหนื่อยล้า	แหล่งที่มาของข้อมูลในการจัดการความเหนื่อยล้า									
	ครอบครัว/ญาติ		เพื่อน/เพื่อนบ้าน		พยาบาล/แพทย์		แผ่นพับ/หนังสือ		ตนเอง	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
การจัดการโดยการไม่ใช้ยา (N=100)										
พูดคุยกับคนรู้ใจ (N=71)	0	0.00	0	0.00	5	7.04	18	25.35	44	61.97
พักผ่อน/นอน (N=58)	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	58	100
ทำสมาธิ (N=57)	3	5.62	0	0.00	0	0.00	35	61.40	19	33.33
ฟังดนตรี (N=56)	0	0.00	0	0.00	0	0.00	13	23.21	43	76.78
ออกกำลังกาย (N=47)	0	0.00	5	10.64	4	8.51	34	72.34	0	0.00
การจัดการโดยการไม่ใช้ยาร่วมกับการใช้ยา (N=17)										
ยาแผนปัจจุบัน (N=17)	1	5.88	2	11.76	11	64.70	3	17.64	0	0.00

บุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยการไม่ใช้ยา เช่น การพูดคุยกับคนรู้ใจ พบว่าเพื่อนหรือเพื่อนบ้านเป็นผู้ช่วยเหลือมาก

ที่สุด ขณะที่การจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยการใช้นานนั้นพบว่าพยาบาลหรือแพทย์ เป็นผู้ช่วยเหลือมากที่สุด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของบุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการกับความเหนื่อยล้า (N=100)

การจัดการกับความเหนื่อยล้า	บุคคลที่ช่วยเหลือในการจัดการกับความเหนื่อยล้า									
	ครอบครัว/ญาติ		เพื่อน/เพื่อนบ้าน		แพทย์/พยาบาล		ผู้ชำนาญ		ตนเอง	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
การจัดการโดยการไม่ใช้ยา (N=100)										
พูดคุยกับคนรู้ใจ(N=71)	18	25.35	52	73.24	1	1.41	0	0.00	0	0.00
พักผ่อน/นอน (N=58)	0	0.00	0	0.00	2	3.45	0	0.00	56	96.55
ทำสมาธิ (N=57)	3	5.26	3	5.26	0	0.00	0	0.00	51	89.47
ฟังดนตรี (N=56)	0	0.00	2	3.58	0	0.00	0	0.00	54	96.42
ออกกำลังกาย (N=47)	0	0.00	8	17.02	0	0.00	1	2.13	38	80.85
การจัดการโดยการไม่ใช้ยาร่วมกับการใช้ยา (N=17)										
ยาแผนปัจจุบัน (N=17)	0	0.00	2	11.76	5	29.4	0	0.00	10	58.82

เวลาที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยการไม่ใช้ยาส่วนใหญ่ จะปฏิบัติเมื่อมีอาการหรือรู้สึกผิดปกติ ได้แก่ การพูดคุยกับคนรู้ใจ การนอนหลับพักผ่อน การฟังดนตรี

เรียงตามลำดับ ส่วนการออกกำลังกาย และทำสมาธิ มีการปฏิบัติอย่างเป็นเวลาที่แน่นอน การจัดการโดยการใช้อารมณ์ร่วมด้วย จะปฏิบัติเป็นเวลาที่แน่นอน ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนร้อยละของเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้า (N=100)

การจัดการกับความเหนื่อยล้า	เวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้า					
	ปฏิบัติเป็นเวลาที่เป็นเวลา		ปฏิบัติเมื่อมีอาการ/รู้สึกผิดปกติ		ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดวัน	
	N	%	N	%	N	%
การจัดการโดยการไม่ใช้ยา (N=100)						
พูดคุยกับคนรู้ใจ (N=71)	5	7.04	63	88.73	3	4.22
พักผ่อน/นอน (N=58)	18	31.03	40	68.96	0	0.00
ทำสมาธิ (N=57)	30	52.63	27	47.37	0	0.00
ฟังดนตรี (N=56)	3	5.36	43	76.78	10	17.86
ออกกำลังกาย (N=47)	35	74.47	12	25.53	0	0.00
การจัดการโดยการไม่ใช้ยาร่วมกับการใช้ยา (N=17)						
ยาแผนปัจจุบัน (N=17)	14	82.35	3	17.65	0	0.00

สถานที่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยการไม่ใช้ยา ร้อยละ 100 ปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่จัดการความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยวิธีการออกกำลังกายที่ปฏิบัติที่สถานบริการ ร้อยละ 6.38 และร้อยละ 5.26 ทำสมาธิที่ปฏิบัติที่วัด ส่วนการจัดการโดยการใช้อารมณ์ร่วม กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมการใช้ยาที่บ้าน

การอภิปรายผล

จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ระดับปานกลางร้อยละ 70 ระดับเล็กน้อยร้อยละ 17 และระดับมากร้อยละ 13 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจ

ล้มเหลวแต่ในระดับที่ต่างกัน เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่ร้ายแรง การดำเนินของโรคและความรุนแรงของพยาธิสภาพ จะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและยากที่จะทำนายได้ การเปลี่ยนแปลงเป็นแบบอาการที่แยลง เปลี่ยนกลับไปมาและมีลักษณะเช่นนี้ไปตลอดการมีชีวิตของผู้ป่วย²⁵ ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลจากญาติผู้ดูแลมากกว่าปกติ สิ่งเหล่านี้ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งกิจวัตรประจำวัน การดูแลควบคุมโรค และต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ต้องตกอยู่ภายใต้แรงกดดันของความเครียดที่สะสมเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ย่อมก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าในระดับต่างๆ ได้ในที่สุด²⁶

จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความ

เหนื่อยล้าเฉลี่ยในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใช้เครื่องมือวัดความเหนื่อยล้าแบบเดียวกัน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน¹³ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ที่ศึกษาความเหนื่อยล้าจากการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต่างๆ เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น²⁷ และขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล²⁸ ผู้ป่วยมะเร็ง¹¹ และการดูแลผู้ติดสุรา²⁹ ซึ่งใช้เครื่องมือในการวัดความเหนื่อยล้าแตกต่างกัน พบว่า มีคะแนนความเหนื่อยล้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดความเหนื่อยล้าขึ้นในระดับปานกลาง และบางส่วนเกิดความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย สามารถอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบุตรมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดโดยตรง และเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้การดูแลเป็นพันธะที่เกิดจากจิตสำนึก และถือว่าเป็นความรับผิดชอบของบุตร³⁰ ทำให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ทั้งยังอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายของผู้ป่วย รวมทั้งรู้สึกรักและห่วงใยต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอยู่เสมอ ส่งผลให้เกิดความยินดีและเต็มใจที่จะให้การดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา³⁰ ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพหรือความรักใคร่ผูกพันระหว่างญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการประเมินสถานการณ์ว่าคุกคามมากหรือน้อย ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธ์ภาพที่ดี จะทำให้ประเมินสถานการณ์ต่างๆ ว่าไม่คุกคามและจะทำให้ไม่รู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 79 มีผู้ช่วยเหลือในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัว ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้น ช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ทำให้ความเครียดจากการดูแลลดลง และยังลดภาระการดูแลได้อีกด้วย²⁹ การได้รับความช่วยเหลือจัดเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่ทำให้ความเหนื่อยล้า

จากการดูแลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ พึ่งบรรหาร²⁷ ที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความเหนื่อยล้า นอกจากนี้การมีคนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีเวลาในการพักผ่อนนอนหลับหรือผ่อนคลายอารมณ์บ้าง

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 56.20 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้สถานการณ์การดูแลได้มากขึ้น สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งทำให้ความรู้สึกมีภาระลดลง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการดูแลกับความสามารถของผู้ดูแล²⁷ ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลได้อย่างเหมาะสมและเกิดความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกเหนื่อยล้ามากในการดูแล

วิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่าง มี 2 วิธี คือ การไม่ใช้ยา และใช้ยาร่วมกับวิธีการไม่ใช้ยา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้วิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยไม่ใช้ยา มีเพียงกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่มีการใช้ยาคาบคู่ไปกับการไม่ใช้ยา ส่วนวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยการไม่ใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีต่างๆ ร่วมกัน ซึ่งวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่ใช้เป็นประจำ ได้แก่ การพูดคุยกับคนรู้ใจ การนอนหลับ/พักผ่อน การทำสมาธิ การฟังดนตรี และการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นวิธีการคลายความเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดได้ดีช่วยให้หายจากความเหนื่อยล้าทางด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าของญาติในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สมอง²⁸ รวมทั้งญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการนอนหลับซึ่งเป็นการจัดการกับอาการเหนื่อยล้าที่

มีประสิทธิภาพเพราะการนอนช่วยให้ร่างกายได้เก็บรักษาพลังงานสะสม ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอในร่างกาย เพื่อให้มีพลังงานเมื่อตื่นมา ทำให้มีการทำกิจกรรมต่างๆและการตัดสินใจดีขึ้น³¹

สำหรับกลุ่มตัวอย่างบางรายที่จัดการกับความเหนื่อยล้าโดยการเข้าร่วมตัวกับการจัดการความเหนื่อยล้าด้วยวิธีต่างๆนั้น พบว่าใช้ยาเพื่อคลายความเหนื่อยล้าเป็นประจำซึ่งผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ พิทยาภรณ์ นวลสีทอง²⁸ ที่ศึกษาการจัดการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่พบว่ากลุ่มผู้ดูแลมีการใช้ยาจัดการกับอาการเหนื่อยล้าเพียงเล็กน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ดูแลผู้ดูแลสายตรงส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่วัยกลางคนจนถึงผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพอยู่แล้ว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคกระดูก และอาจมีความเครียดจากการเป็นผู้ดูแล¹⁰ ซึ่งส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า ดังนั้นจึงจัดการอาการเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยการใช้อาเป็นประจำโดยให้เหตุผลว่าใช้แล้วเห็นผลมากที่สุด ใช้ระยะเวลาในการจัดการเหนื่อยล้าได้ทันที และช่วยบรรเทาอาการได้ดีขึ้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลการใช้ยาจากแพทย์และพยาบาลเนื่องจากไปพบแพทย์เพื่อตรวจโรคประจำตัวตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนการจัดการกับความเหนื่อยล้าโดยวิธีการไม่ใช้ยา เช่น การพักผ่อน การนอนหลับ การฟังเพลง การออกกำลังกายนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากแผ่นพับหรือหนังสือมากที่สุดเนื่องจากมีสื่อต่างๆ เผยแพร่ในโรงพยาบาลและในอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่ช่วยเหลือหรือมีส่วนร่วมในการจัดการกับความเหนื่อยล้า เช่น มาช่วยดูแล หรือจัดเวลาในการดูแลเพื่อให้ได้พักผ่อน เนื่องจากบุคคลในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ช่วยเหลือด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งของ และรับฟังปัญหาช่วยให้คลายความเครียดและความเหนื่อยล้า²⁷ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างยังคงต้องการการ

สนับสนุนจากบุคคลอื่น ได้แก่ คนรู้ใจ คนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน ในการพูดคุย ได้รับความเครียดเมื่อมีปัญหาเนื่องจาก การที่มีคนเข้าใจและเห็นใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้ได้เรียนรู้เทคนิควิธีการในการจัดการกับความเครียดที่หลากหลาย สามารถเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง³²

ส่วนสถานที่ที่ใช้ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้า กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นโดยการไม่ใช้ยาและใช้ยาพร้อมด้วยที่บ้านมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล ยังคงต้องปฎิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย รวมถึงยังคงต้องควบคุมอาการของโรคให้สงบที่บ้าน ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วย มีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่ได้จัดการกับความเหนื่อยล้าที่นอกบ้าน เช่น ออกกำลังกายในสถานบริการ หรือสวนสาธารณะ และทำสมาธิ ในวัด

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยและได้รับการจำหน่ายไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ที่มารับการตรวจอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างไม่อาจเป็นตัวแทนของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ทั้งหมด การนำผลการวิจัยไปอ้างอิงอาจมีข้อจำกัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพสามารถนำไปใช้ประเมินปัญหา และวางแผนการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือ ป้องกัน และแก้ไขการเกิดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล และเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำการปฏิบัติกิจกรรมที่บรรเทาความเหนื่อยล้าที่มี

ประสิทธิภาพ รวมถึงการให้คำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเพื่อเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแล ไม่เฉพาะแต่เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ควรตระหนักถึงความไม่สบายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล โดยจัดโปรแกรมเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการไม่สบายต่างๆ เช่น การจัดการกับความเหนื่อยล้าจากการดูแล รวมทั้งมีวิธีการจัดการกับอาการไม่สบายที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้อาการเหนื่อยล้าจากการดูแลทุเลาลง

เอกสารอ้างอิง

- Hodges P. Heart failure: epidemiologic update. *Crit Care Nurs Q.* 2009 Jan-Mar;32(1):24-32. Doi: 10.1097/01.CNQ.0000343131.27318.36. PubMed PMID: 19077806.
- American Heart Association. Heart disease and stroke statistics 2010 update: a report from the American Heart Association. [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 24]. Available from: <http://circ.Ahajournals.Org>.
- Bureau of policy and Strategy, Ministry of Public Health (Thailand). Thailand public health statistic 2010. Bangkok: Bureau of Policy and Strategy; 2553. (in Thai).
- The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M the KING. CHF Guideline 2008 [Internet]. 2008 [Cited 2009 Nov 25].; Available from: URL:<http://www.thaiheart.Org/>
- Barnes S, Gott M, Payne S, Parker C, Seamark D, Gariballa S, et al. Prevalence of symptoms in a community-based sample of heart failure patients. *J Pain Symptom Manage.* 2006 Sep; 32(3):208-16 Doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.04.005. PubMed PMID: 16939845.
- Falk K, Swedberg K, Johansson FG, Ekman I. Fatigue and anemia in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2006 Nov;8(7):744-9. Doi: 10.1016/j.ejheart.2006. 01.016. PubMed PMID: 16690352.
- Bennett SJ, Sauve MJ. Cognitive deficits in patients with heart failure: a review of literature. *J Cardiovasc Nurs.* 2003 Jul-Aug; 18(3):219-42.
- Wang TJ, Lee SC, Tsay SL, Tung HH. Factors influencing heart failure patients' sleep quality. *J Adv Nurs.* 2010 Aug; 66(8): 1730-40. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05342.x. PubMed PMID: 20557385.
- Pressler SJ, Gradus-Pizlo I, Chubinski SD, Smith G, Wheeler S, Wu J , et al. Family caregiver outcomes in heart failure. *Am J Crit Care.* 2009 Mar; 18(2):149-59. Doi: 10.4037/ajcc2009300. PubMed PMID: 192551 05. PubMed Central PMCID: PMC2651565.
- Rohyans LM, Pressler SJ. Depressive symptoms and heart failure: examining the sociodemographic variable. *Clin Nurse Spec.* 2009 May-Jun; 23(3):138-44. Doi: 10.1097/NUR.0b013e3181a443b4. PubMed PMID: 19395890. PubMed Central PMCID: PMC2743874.
- Gure TG, Kabeto MU, Blaum CS, Langa KM. Degree of disability and patterns of caregiving among older Americans with

- congestive heart failure. *J Gen Intern Med.* 2008 Jan;23(1):70-6. Doi:10.1007/s11606-007-0456-1 PubMed PMID: 18030537. Pub Med Central PMCID: PMC2173919.
12. Kiamthongkum W. The effect of complementary symptom management program on fatigue in family caregivers of cancer patients. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008. (in Thai).
13. Haemwean U. Fatigue and Predicting Factors in Family Caregivers of end-stage renal disease patients with hemodialysis. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2008. (in Thai).
14. Lowder JL, Buzney SJ, Buzo AM. The caregiver balancing act: giving too much or not enough. *Care Manag J.* 2005 Fall; 6(3):159-65.
15. Beiske AG, Naess H, Aarseth JH, Andersen O, Elovaara I, Farkkila M, et al. Health-related quality of life in secondary progressive multiple sclerosis. *Mult Scler.* 2007 Apr; 13(3):386-92. Doi: 10.1177/13524585070130030101 PubMed PMID: 17439908.
16. Dunbar SB, Clark PC, Gary RA, Kaslow NJ. Family Influences on Heart Failure Self-care and Outcomes. *J Cardiovasc Nurs.* 2008; 23:258-65.
17. Pattender JF, Robert H, Lewin RJP. Living with heart failure; patient and caregiver perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007 Dec; 6(4):273-9. DOI: 10.1016/j.ejcnurse. 2007.01.097. PubMed PMID: 17383236.
18. Lens RE, Pugh CL, Milligan AR, Gift A, Suppe F. The middle range theory of unpleasant symptoms: an update. *Adv Nurs Sci.* 1997 Mar; 19(3):14-27.
19. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et al. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs.* 2001 Mar; 33(5):668-76.
20. Kundalaputra C. Research for young researchers. Bangkok: Sahathammic; 2007. (in Thai).
21. Chansirimongkol B. Stress, Coping, Social Support, and Quality of life of family caregivers of Persons with Cancer Receiving Radiotherapy. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2007. (in Thai).
22. Pugh LC. Childbirth and the measurement of fatigue. *J Nurs Meas.* 1993 Spring; 1(1):57-65.
23. Pochaiquopt P. A Comparison of fatigue, episiotomy pain and satisfaction between side-lying and sitting positions in postpartum breastfeeding mothers. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2000. (in Thai).
24. Foongfaung S. Symptom experiences, symptom management and outcome of patients with head and neck cancer in the central part of Thailand. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2007. (in Thai).
25. Aroonsang P. Nursing patients with cardiovascular disease. Khonkaen: Klungnana; 2010. (in Thai).
26. Molloy J, Johnston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart

- failure: review and analysis. *Eur J Heart Fail.* 2005 Jun;7(4):592-603. Doi: 10.1016/j.ejheart.2004.07.008. PubMed PMID: 15921800.
27. Pongbunhan K. Relationships among social support selected factors and fatigue in caregivers of head Injured patients in recovery stage [Dissertation]. Chiangmai: Chiangmai University; 1996. (in Thai).
 28. Nualsrithong P. Fatigue and fatigue management among caregivers of hospitalized patients with head injuries. [Master Thesis of Nursing Science]. Songkhla: Songkhla University; 2006. (in Thai).
 29. Thipnan W. Fatigue among caregivers of persons with alcohol dependence receiving services at Suan Prung Psychiatric Hospital, Chiang Mai Province [Dissertation]. Chiangmai: Chiangmai University; 2001. (in Thai).
 30. Kasemkitwattana S. A Causal model caregiver role stress among wives of chronically ILL patients. [Dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 1993. (in Thai).
 31. Dawson D, McCulloch K. Managing fatigue: It's about sleep. *Sleep Med Rev.* 2005; 9 :365–80. doi:10.1016/j.smrv.2005.03.002
 32. Emanuel EJ, Fairclough DL, Slutsman J, Emanuel LL. Understanding economic and other burdens of terminal illness: experience of patients and their caregivers. *Ann. Intern Med.* 2000;132(6): 451- 59.

๓๐๓ ๓๓ ๓๐๓ ๓๓ ๓๐๓