

ความเหน้อยล้าและปัจจัยทำนายความเหน้อยล้าของญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

โดย

นางสาวอุษณีย์ เหมแหวน

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

D.S.N. (Adult Health Nursing)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุปรีดา มั่นคง

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหาร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ
สุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 2 ตุลาคม 2551

คุณฉวี เนมแสน

นางสาวอุษณีย์ เหมแหวน

ผู้วิจัย

คุณ โสฬส

คุณ ประไพ

รองศาสตราจารย์ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

D.S.N. (Adult Health Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์วรรณภา ประไพพานิช

Ph.D. (Nursing Administration)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วิฑูรย์ / วิฑูรย์

วิฑูรย์ / วิฑูรย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราพร เกษพิชญวัฒนา

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรัดดา มั่นคง

Ph.D. (Gerontological Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วิฑูรย์ / วิฑูรย์

วิฑูรย์ / วิฑูรย์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศาสตราจารย์รัชตะ รัชตะนาวิน

M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.วรรณภา ประไพพานิช รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมในการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ต่างๆ แก่ผู้วิจัยอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อไปในภายภาคหน้า ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบคุณกำลังใจที่ยิ่งใหญ่จากรองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุปรีดา มั่นคง และเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รุ่น 13 ขอขอบคุณผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล และคุณส่งศรี วงษ์ตะ ที่ช่วยเหลือและให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณสมบูรณ์ เหมแหวน และคุณเพ็ญจันทร์ เหมแหวน ขอขอบคุณคุณมารีนา ประยูรเชิธร คุณเกษร มณีชัย และญาติพี่น้องที่ให้กำลังใจและความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกๆ ด้าน คุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุคลากร คณาจารย์ เพื่อนร่วมวิชาชีพพยาบาล ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลทุกท่าน

นางสาวอุษณีย์ เหมแหวน

ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(FATIGUE AND PREDICTING FACTORS IN FAMILY CAREGIVERS OF END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS WITH HEMODIALYSIS)

อุษณีย์ เหมแหวน 4636953 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (Adult Health Nursing),

สุปริดา มั่นคง, Ph.D. (Gerontological Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้า รวมทั้งความสามารถของตัวแปรดังกล่าว ในการร่วมกันทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล โดยใช้ทฤษฎี The theory unpleasant symptoms เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากโรงพยาบาล 4 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2551 จำนวน 78 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบวัดภาระการดูแล แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความเหนื่อยล้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติการถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 50.20 ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า ($r = -.545, p < .01$) ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า ($r = .454, p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ($r = -.010, p = .932$) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่า ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ร้อยละ 35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{3,74} = 13.590, p < .05$) ภาวะสุขภาพเป็นตัวทำนายความเหนื่อยล้าได้ดีที่สุด ผลการวิจัยนี้ สนับสนุนกรอบแนวคิดตามทฤษฎี The theory unpleasant symptoms ที่กล่าวถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางด้านร่างกาย ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ พยาบาลควรมีการประเมินภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลและวางแผนให้ความช่วยเหลือลดความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลอย่างเหมาะสม

ศัพท์สำคัญ: ญาติผู้ดูแล/ ความเหนื่อยล้า/ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

**FATIGUE AND PREDICTING FACTORS IN FAMILY CAREGIVERS OF
END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS WITH HEMODIALYSIS**

USANEE HAEMWEAN 4636953 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORS: YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N. (Adult Health Nursing),
SUPREEDA MONKONG, Ph.D. (Gerontological Nursing)**ABSTRACT**

This descriptive correlational study was conducted to describe fatigue of family caregivers taking care of end-stage renal disease (ESRD) patients with hemodialysis. The purpose of the study was accomplished by examining the relationships among health status, caregiving burden, social support, and fatigue in family caregivers of ESRD patients. The conceptual framework guiding the study was derived from Pugh and Milligan's theory of unpleasant symptoms. The purposive sample consisted of 78 family caregivers of patients receiving hemodialysis at 4 hospitals in Bangkok, Thailand from May to August 2008. Instruments used in this study were: the demographic data questionnaire, Health Status Scale, Caregiving Burden Scale, Social Support questionnaire and the Modified Fatigue Symptom Checklist. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient, and multiple regression analysis were used to analyze the data. The Results of the study indicated that the sample had moderate fatigue with a mean of 50.20. Good health status was negatively related to fatigue ($r = -.545, p < .01$). High caregiving burden were positively related to fatigue ($r = .454, p < .01$). Social support was not related to fatigue ($r = -.010, p = .932$). In addition, health status, caregiving burden and social support were found to be predictors of fatigue in caregivers and accounted for 35 percent of the variance of fatigue ($F_{3,74} = 13.590, p < .05$). Of these, health status was the best predictor. A nurse, as a health care professional, should assess health status, caregiving burden, and social support in order to design programs to decrease fatigue in caregivers effectively.

KEY WORDS : FATIGUE/ CAREGIVER/ HEMODIALYSIS

147 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญรูปภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	10
สมมติฐานการวิจัย	10
ขอบเขตของการวิจัย	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
นิยามตัวแปร	11
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	13
แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
ความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	19
ความเหนื่อยล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล	56

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
บทที่ 4 ผลการวิจัย	58
ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	58
บทที่ 5 อภิปรายผล	73
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	82
ข้อจำกัดของงานวิจัย	84
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	84
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	86
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	101
รายการอ้างอิง	116
ภาคผนวก	127
ประวัติผู้วิจัย	147

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล	58
2 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะบุคคลของผู้ป่วย	59
3 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของลักษณะบุคคลของญาติผู้ดูแล	61
4 คะแนน พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ภาระการดูแล ความต้องการ การดูแล และความยากลำบากในการดูแล	66
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความต้องการในการดูแล ความยากลำบากในการดูแลและภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล	67
6 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล	70
7 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล	71
8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความเหนื่อยล้ากับ ภาวะสุขภาพ ภาระในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม	72
9 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล	72

สารบัญรูปภาพ

ภาพที่

หน้า

- 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย
- 2 Middle-range theory of unpleasant symptoms

8

31

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทยแนวโน้มของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องเข้ามารับการรักษา มีแนวโน้มสูงขึ้น การสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาทดแทนไตมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 9,500 ราย ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 11,208 ราย ในปี พ.ศ. 2547 (สํานาจอชญาทุท, 2547) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพียงแต่ชะลอความเลื่อมของไต ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแต่ละรายต้องเสียค่าใช้จ่ายถึงคนละ 3-4 แสนบาทต่อปี ถ้าหากมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นเป็น 60,000 คน ประเทศไทยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะในส่วนนี้ถึงประมาณ 2 หมื่นล้านบาท สภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันรัฐบาลยังไม่สามารถรองรับค่าใช้จ่ายตรงนี้ให้ได้ทั้งหมด (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2547) การป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายนอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจแล้ว ยังเกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทั้งตัวผู้ป่วยเองและญาติที่ต้องดูแล โรคไตเรื้อรังจึงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ควรได้รับความสนใจ รวมไปถึงบริบทที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากความเลื่อมของไต หรือความสามารถในการทำงานของไต เกิดขึ้นอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง ความเลื่อมนั้นเกิดจากอายุ จากยา หรือจากโรคอื่นๆ แต่ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม เมื่อเป็นโรคไตเรื้อรังจนไตเลื่อมสภาพ ความสามารถในการทำงานลดลง จนค่าอัตราการกำจัดของเสีย (Creatinine clearance, Ccr) ต่ำกว่า 15 หน่วยจากปกติ 100 หน่วย หรือเท่ากับ 15 มิลลิลิตรต่อนาที เป็นการเข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องเตรียมตัวรับการบำบัดรักษาทดแทนไตด้วยวิธีการล้างไตด้วยน้ำยาทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการปลูกถ่ายไต (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2547) เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนการเลือกวิธีการรักษาแบบใดขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และฐานะทาง

เศรษฐกิจการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตในปัจจุบันนิยมรักษากัน 2 แบบ คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) และการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD) ทั้ง 2 วิธี จะช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันให้เป็นไปตามปกติให้ได้มากที่สุด ซึ่งวิธีการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีที่นิยมมากกว่า จากการสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีจำนวนร้อยละ 87.7 การรักษาด้วยการล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างต่อเนื่องมีจำนวนร้อยละ 10 และจำนวนผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีจำนวนร้อยละ 2.3 (ถนอม สุภาพร, 2547)

ถึงแม้ว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นวิธีที่นิยมใช้บำบัดรักษาทดแทนไตในการช่วยขจัดของเสียให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สามารถทำงานและดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถทำให้ไตกลับมาทำหน้าที่ได้อย่างเดิม และไม่สามารถทำหน้าที่ทดแทนไตได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยยังคงต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความไม่แน่นอนของโรค จากภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆที่เป็นร่วมด้วย (เสาวรส ปริญญะจิตตะ, 2549) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง จาก การควบคุมอาหารและน้ำที่ไม่สมดุล ถ้าควบคุมน้อยทำให้เกิดอาการบวมและเหนื่อย ควบคุมมากไปอาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร นอกจากนี้ยังต้องเผชิญกับภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียภาพลักษณ์และสัมพันธภาพในสังคม และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดในแต่ละครั้ง ประมาณ 2,000-3,000 บาท อย่างต่อเนื่องตลอดอายุขัยของผู้ป่วย (บุญมี แพร้งสกุล, 2545) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงต้องมีความระมัดระวังในการดูแลตนเอง เพื่อชะลอการเกิดโรคและสูญเสียคุณภาพชีวิตให้น้อยที่สุด มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปมากที่สุด คือ ทางด้านร่างกาย รองลงมา คือ ทางด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ และยังพบอีกว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 51 สูญเสียอาชีพเนื่องจากความเจ็บป่วยร้อยละ 18 เบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เพียงร้อยละ 9 ประกอบกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองร้อยละ 29 และต้องพึ่งพาผู้อื่นในด้านความเป็นอยู่และการเงินร้อยละ 36 (ดุสิต สุจิราวัฒน์ ฌัฏาพร พิชัยณรงค์ และวิภาดา มหรัตนวิโรจน์, 2547)

การมีชีวิตร่วมกับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่บำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองในด้านต่างๆ คือ การได้รับอาหารที่เหมาะสม การลดอาการบวมและเหนื่อ การบรรเทาอาการอ่อนเพลีย การดูแลเส้นเลือดไม่ให้สูญเสียหน้าที่ในการฟอกเลือด การป้องกันไตสูญเสียหน้าที่เพิ่มมากขึ้น การควบคุมโรคที่เกี่ยวข้อง การบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นจากอาการที่เปลี่ยนแปลงและเป็นโรคที่รักษาไม่หายเสียค่าใช้จ่ายมาก การรักษาสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม ซึ่งในระยะแรกของการเป็นโรคผู้ป่วยยังคงสามารถดูแลตนเองได้ในด้านต่างๆ ที่กล่าวมา แต่เมื่อผู้ป่วยอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนาน และการดำเนินของโรคเป็นมากขึ้นจนก่อให้เกิดอุปสรรคในการดูแลตนเอง จึงต้องการความช่วยเหลือดูแลจากญาติมากขึ้น ปัจจัยที่ก่อให้เกิดอุปสรรคในการดูแลตนเองเกิดจากสภาพร่างกาย ขาดแหล่งพลังงาน การเปลี่ยนแปลงลักษณะนิสัย ความไม่สามารถควบคุมอาหารที่จำเป็นต้องรับประทานนอกบ้านได้ ขาดแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ขาดแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน และขาดการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพที่ชัดเจน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากครอบครัว และระบบเครือข่ายทางสังคมมาช่วยสนับสนุนการดูแลตนเอง (Chokephichit, 2003)

การสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนใหญ่จะได้รับการญาติผู้ดูแลที่บ้านที่เป็นบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งบุคคลดังกล่าว ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน บิดามารดาของผู้ป่วย หรือญาติพี่น้อง และรวมไปถึงเพื่อนที่มีความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; Schofield, Bloch, Herrman, Murphy, Nankervis, & Singh, 1998) การที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบกับอุปสรรคในการดูแลตนเอง ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและทางด้านเศรษฐกิจ และมีความต้องการการดูแลจากคนอื่นมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาญาติ และต้องการญาติเข้ามาช่วยดูแลในเรื่องการจัดการภายในบ้าน การได้รับคำแนะนำและข้อมูลต่างๆ ตลอดจนต้องการการดูแลทางด้านจิตใจด้วย ซึ่งญาติผู้ดูแลได้จัดการสิ่งต่างๆ เหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางการเงิน ญาติผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการที่จะดูแลผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

ญาติผู้ดูแลที่เข้ามาช่วยจัดการในเรื่องต่างๆ ให้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย อาจต้องเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ เช่น เมื่อผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องสูญเสียอาชีพเนื่องจากความเจ็บป่วย สามี ภรรยาหรือบุตรของผู้ป่วย ต้องรับบทบาทเพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีอยู่ มาเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือทำหน้าที่แทนผู้ป่วย และรับบทบาทใน

ฐานะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ญาติผู้ดูแลที่ต้องรับบทบาทเพิ่มในการดูแลผู้ป่วยอาจต้องทำงานเพิ่มมากขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงอาชีพเพื่อหารายได้ให้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ค่าเดินทางรวมทั้งค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย บางครั้งอาจต้องจัดเวลาในการทำงานใหม่ อาจต้องลดจำนวนชั่วโมงลงหรือต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย (Carson, 1993) ซึ่งอาจทำให้ญาติผู้ดูแลสูญเสียบทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่เคยทำ เช่น การพบปะเพื่อนฝูงหรือประกอบพิธีทางศาสนา (Mulsolf, 1991) การสันตนาการ และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนอื่นๆลดน้อยลงไปด้วย

ญาติผู้ดูแลที่รับบทบาททั้งทำงานนอกบ้านและดูแลผู้ป่วย ทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอซึ่งจะส่งผลกระทบต่อแบบแผนการนอนหลับ ประกอบกับการขาดการสันตนาการ ไม่ได้ผ่อนคลายความตึงเครียดที่เกิดจากการทำงานและการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นหนทางนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายได้ จากการศึกษาของนภกรณ แก้วกรรณ (2533) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอาการปวดเมื่อยแขนขา ไหล่ หลัง คอ และกล้ามเนื้อ ซึ่งเกิดจากการอุ้ม ยก ประคอง และการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วย มีอาการเป็นหวัดเนื่องจากนอนพักผ่อนไม่เต็มที่ อาจเป็นโรคกระเพาะอาหารเนื่องจากเครียด และรับประทานไม่ตรงเวลา นอกจากนี้การที่ญาติผู้ดูแลต้องมารับบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากที่ไม่เคยทำมาก่อน ต้องเรียนรู้กับประสบการณ์ใหม่และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ทำให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจของญาติผู้ดูแล และเมื่อญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเช่นนี้ ย่อมก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าได้มากที่สุด (ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย, 2540)

ความเหนื่อยล้า เป็นความรู้สึกของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานและรู้สึกหมดแรง โดยความเหนื่อยล้าอาจมีสาเหตุจากทางด้านร่างกาย เช่น ร่างกายมีกิจกรรมหรือทำงานหนักเกินไป การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ได้รับยาหรือการรักษาบางชนิด หรืออาจเกิดจากสาเหตุทางด้านจิตใจ เช่น ขาดแรงจูงใจ เบื่อหน่าย มีภาวะเครียด เป็นต้น ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอาจหายไปเองได้ในระยะเวลาสั้นๆแต่ถ้ารู้สึกเหนื่อยล้ามากกว่า 1 เดือนจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรังและถ้าเป็นนานมากกว่า 6 เดือนจะทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายได้ (Campling & Sharpe, 2000) ความเหนื่อยล้าจึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้เสมอในญาติผู้ดูแล

เจนเซน และกิฟเวน (Jensen & Given, 1991) ได้ศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 248 ราย พบว่ามีผู้ดูแลถึง ร้อยละ 53 มีความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยในระดับปาน

กลางถึงระดับสูง และความเหนื่อยล้าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดของญาติผู้ดูแล เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าจะมีผลกระทบต่ออารมณ์และการรับรู้ ทำให้สูญเสียกระบวนการคิดความสามารถในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจบกพร่อง ขาดสมาธิ และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน และการเข้าร่วมสังคม (Hubskey & Sears, 1992) ถ้าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเรื้อรังอาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วย และเกิดความเหนื่อยหน่าย ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ส่งผลผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ ทฤษฎี Theory of Unpleasant Symptoms (Lens, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) มาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งทฤษฎีนี้ได้พัฒนามาจากกลุ่มอาการ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการความเหนื่อยล้าในหญิงระหว่างคลอดบุตรและหลังคลอดบุตร กับกลุ่มอาการเหนื่อยล้าจากการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งกลุ่มอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นนี้อาจแสดงเพียงอาการเดียวหรืออาจจะเกิดอาการแสดงร่วมกันหรืออาการหนึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดอีกอาการหนึ่งก็ได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก อาจมีอาการเหนื่อยล้าตามมา หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอาจมีอาการเหนื่อยล้าหลังจากที่มีคลื่นไส้ อาเจียน และมีอาการปวด ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นเป็นการรับรู้เฉพาะของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน และจะผันแปรตามความรุนแรงของอาการ ความถี่หรือระยะเวลาที่เกิดอาการ ความรู้สึกรำคาญใจ และลักษณะของอาการ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสมรรถนะในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ทางด้านการรับรู้และความสามารถในการทำหน้าที่ตามบทบาทแตกต่างกันไปด้วย และปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้บุคคลเกิดอาการไม่สุขสบาย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น พยาธิสภาพของโรค การบาดเจ็บ ระดับพลังงานในร่างกาย ระบบการทำหน้าที่ต่างๆของอวัยวะในร่างกาย ปัจจัยทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปฏิกริยาที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วย ปัจจัยสุดท้ายได้แก่ ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ เช่น สถานะการทำงาน สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ความยากลำบากในการเลี้ยงดู การมีเงินใช้จ่าย สะดวก และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต เป็นต้น (Lens et al., 1997)

ในการศึกษาครั้งนี้เรื่องความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล และปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้นำทฤษฎี Theory of Unpleasant Symptoms มาเป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากว่า ความเหนื่อยล้าเป็นอาการของความ

ไม่สุขสบายอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ทั้งในคนที่มีความเจ็บป่วยและในคนที่มีความสุข และทฤษฎีนี้ได้พัฒนาและนำมาศึกษาความเหนื่อยล้าของหญิงหลังคลอดบุตร ซึ่งไม่ได้อยู่ในภาวะความเจ็บป่วยแต่อยู่ในภาวะผู้ดูแลบุตร เมื่อนำมาเทียบเคียงกับกลุ่มประชากรที่จะศึกษาแล้วมีความใกล้เคียงกัน คือ เป็นการศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล โดยแบ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiological factors) ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) และปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) (Pugh & Milligan, 1993)

ปัจจัยด้านร่างกาย (Physiological factors) ที่อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลนั้น ประกอบไปด้วย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามปกติ ความเจ็บป่วยหรือการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ และการลดลงของพลังงานในร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาตามปกติ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบเมตาบอลิซึม การเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาที่ผิดปกติเกิดจากภาวะสุขภาพที่มีความเจ็บป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของร่างกาย การได้รับบาดเจ็บ การได้รับการติดเชื้อ น้ำหนักที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนการลดลงของพลังงานที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่ ภาวะโภชนาการ ภาวะที่ได้รับสารอาหารและสารน้ำไม่เพียงพอ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกตัวแปรภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมาทำการศึกษานี้เนื่องจาก ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า เมื่อร่างกายเสื่อมสภาพลงไม่ว่าจะเกิดจากความเสื่อมตามอายุหรือเสื่อมจากความเจ็บป่วย จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ง่ายขึ้น เนื่องจากพยาธิสภาพ และการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายจะลดลง เช่น กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อต่างๆลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอดลดลง เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ระบบทางเดินอาหารการย่อยอาหาร และดูดซึมอาหารได้ไม่ดี ทำให้ได้รับพลังงานไม่เพียงพอและนำไปสู่ความเหนื่อยล้าในที่สุด (Piper, 1986) มีการศึกษาในญาติผู้ดูแลพบว่าญาติผู้ดูแลที่มีภาวะความเจ็บป่วยร่วมด้วย เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยจะมีความเหนื่อยล้า มากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี (Teel & Press, 1999)

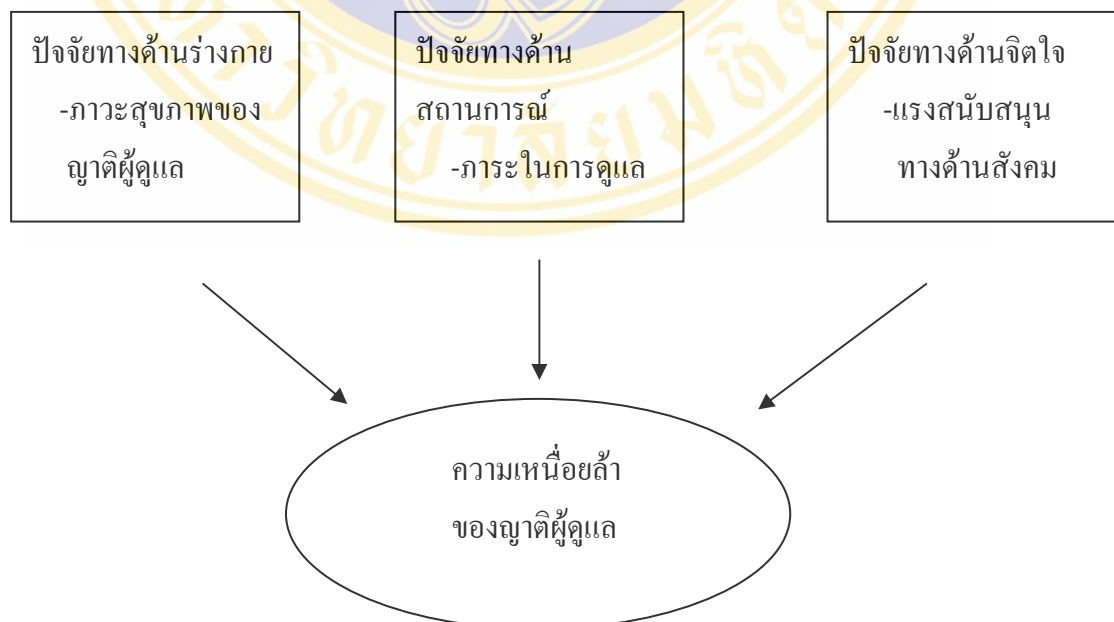
ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors) ที่อาจทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า ได้แก่ สิ่งแวดล้อมและลักษณะในการดำเนินชีวิต การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ความยากลำบากในการดูแลบุตร นอกจากนี้ยังมี อายุ เชื้อชาติ สภาพสังคมและเศรษฐกิจ สภาพการทำงาน เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกตัวแปรภาระในการดูแล ซึ่งจะประกอบไปด้วยความต้องการในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลมาทำการศึกษา ภาระในการดูแล ตามแนวคิดของโอเบิร์ต (Oberst, 1991 อ้างใน ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย

, 2540) เกิดจากความต้องการการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองได้ด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง การตอบสนองความต้องการการดูแลให้ผู้ป่วยนี้ต้องใช้เวลาและความพยายามในการปฏิบัติ และมีความยากลำบากในการปฏิบัติของกิจกรรมในระดับต่างกัน การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นประสบการณ์ในการดูแลที่มีภาระในการดูแลค่อนข้างมาก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Alvarez-Ude, Valdes, Estebanez, & Rebollo, 2004) เนื่องจากผู้ป่วยต้องเดินทางเพื่อไปฟอกเลือดที่ศูนย์ฟอกเลือดหรือในโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และครั้งละประมาณ 3-4 ชั่วโมง ในการเดินทางอาจต้องใช้เวลานอกจากสภาพการจราจร หากผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางตามลำพังได้จำเป็นต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลให้ช่วยเหลือในการพาไปส่งหรือรับกลับ และญาติผู้ดูแลอาจต้องอยู่รอจนกว่าจะฟอกเลือดเสร็จ ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาหรือใช้เวลาไปเกือบทั้งวันในการดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลอาจต้องหยุดงาน หรือสับเปลี่ยนเวลาทำงานให้มากขึ้นเพื่อให้ได้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และถ้าหากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีความพร้อมในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและการรับรู้ นอกจากจะใช้เวลาในการดูแลมากขึ้นและมีความยากลำบากในการดูแลแล้วยังต้องการการดูแลจากญาติผู้ดูแลมากขึ้นด้วย (ดุสิต สุจิราวัฒน์ และคณะ, 2547) ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงแต่เฉพาะในวันที่ฟอกเลือดเท่านั้น ในระหว่างที่ดูแลที่บ้าน ญาติผู้ดูแลยังมีความยากลำบากในการดูแลเรื่องอื่นๆอีก เช่น ในการควบคุมอาหารและน้ำ ไม่ให้ได้รับโปรตีน หรือโซเดียมมากเกินไป การเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลการรับประทานยา การดูแลเส้นเลือด (vascular access) การดูแลทางด้านจิตใจ การจัดการเรื่องต่างๆภายในบ้านแทนผู้ป่วย เป็นต้น การใช้เวลาในการดูแลต่อวันมากและมีความยากลำบาก ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องใช้พลังงานในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจากกิจกรรมเดิมที่ทำอยู่ และนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; Clark, 2002; Jensen & Given, 1991; Teel & Press, 1999)

ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) ที่อาจมีผลต่อความเหนื่อยล้า ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย ทักษะ ความสามารถและทักษะในการปรับตัว ปฏิกริยาที่มีต่อความเจ็บป่วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกตัวแปร แรงสนับสนุนทางสังคมมาทำการศึกษา เนื่องจาก แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลได้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น ของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม

สามารถทำนายความเหนื่อยล้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในแต่ละวันญาติผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาและพลังงานไปกับการดูแลผู้ป่วยร่วมกับการทำกิจกรรมอื่นๆ ญาติผู้ดูแลอาจจะรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้ป่วย รู้สึกขัดแย้งในบทบาท การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Alvarez-Ude et al., 2004) และนำไปสู่ความเหนื่อยล้า แรงสนับสนุนทางสังคม จึงมีความสำคัญต่อญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมากในการที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีแรงจูงใจและความมั่นใจในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมอาจได้จากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สุขภาพ หน่วยงานของรัฐ หรือจากกลุ่มสังคมอื่นๆ แต่แรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลต้องการมากที่สุด คือ แรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว (Desrosier, Catanzaro, & Piller, 1992) เนื่องจากเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สามารถช่วยเหลือทางการเงิน ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย และร่วมมือในการบริหารงานบ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลาว่างจากการดูแลผู้ป่วยได้ชั่วคราว มีเวลาพักผ่อน ปฏิบัติกิจกรรมและสามารถทำงานได้ตามปกติ นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะเป็นการช่วยลดความเหนื่อยล้าให้กับญาติผู้ดูแล

ปัจจัยทั้ง 3 ประการที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าสามารถนำมาเขียนเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในงานวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

จากปัจจัยต่างๆที่กล่าวมาทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลาในการดูแลจนตลอดชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรังและอาจทำให้เกิดความซึมเศร้าได้ซึ่งจากการศึกษาของ คลาร์ก (Clark, 2002) ศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และมีความพร้อมในการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่าความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ถ้าหากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือ อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์และ พฤติกรรม ซึ่งจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล (Gaston-Johansson, 2004)

จากแนวคิดดังกล่าว การศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดรักษาทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่ามีรายงานการวิจัยในต่างประเทศถึงการใช้เครื่องมือ Fatigue Severity Scale ประเมินความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดรักษาทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือนี้สามารถใช้วัดความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลได้ และควรจะมีการนำไปใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บำบัดรักษาทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Schneider, 2004) อย่างไรก็ตามยังไม่เคยนำเครื่องมือนี้มาใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลคนไทย ในการศึกษานี้ได้นำเครื่องมือวัดความเหนื่อยล้าของมิลลิแกน (Milligan, Parks, Kitzmanand, & Lenz, 1997) มาใช้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องมือที่ใช้ศึกษาในกลุ่มคนทำงาน กลุ่มหญิงหลังคลอดที่ดูแลบุตร ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษานี้ การศึกษาความเหนื่อยล้าในกลุ่มญาติผู้ดูแลในประเทศไทยส่วนมากเป็นกลุ่มผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคทางสมอง กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายอาจถูกมองข้ามไป ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผลการศึกษานี้จะช่วยให้ตระหนักถึงความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและเพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการประเมินปัญหา วางแผนให้ความช่วยเหลือ หรือให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแล เพื่อลดความเหนื่อยล้า และส่งเสริมบทบาทญาติผู้ดูแลให้มีสุขภาพที่ดีมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความเหนื่อยล้าเพียงใด
2. สุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือไม่
3. สุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมมติฐานการวิจัย

- สมมติฐานที่ 1 ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล
- สมมติฐานที่ 2 ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล
- สมมติฐานที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล
- สมมติฐานที่ 4 ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแลและ แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล และปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ศูนย์ฟอกเลือดในเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพญาไท 3 โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงพยาบาลศิริราช และมูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพตระหนักถึงความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล และเป็นแนวทางในการประเมินความเหนื่อยล้า สามารถให้การพยาบาลและให้คำแนะนำที่จะช่วยลดความเหนื่อยล้าให้กับญาติผู้ดูแล

นิยามศัพท์

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล หมายถึง ระดับการรับรู้ความรู้สึกรับรู้ของญาติผู้ดูแลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนในขณะนั้นมีสุขภาพดีเพียงใดโดยวัดระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเป็นแบบ visual analog scale คะแนนเต็ม 100 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพดี

ภาระในการดูแล หมายถึง ระดับการรับรู้ของญาติผู้ดูแลถึงความต้องการของผู้ป่วยในการที่จะให้ญาติผู้ดูแลทำกิจกรรมการดูแล และรับรู้ถึงความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้น วัดโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแล ของโอเบิซท์ (Oberst, Thomas, Gass, Ward, 1989) นำมาแปลและดัดแปลง โดยสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2537) และนำมาปรับข้อความบางส่วนให้เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รอรับผ่าตัดเปลี่ยนไต โดย ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย (2540) แบบวัดนี้เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าลักษณะ 5 อันดับ คะแนนมาก หมายถึง ภาระในการดูแลมาก

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปริมาณความช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลได้รับ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การช่วยเหลือทางด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ การช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร จากบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ กลุ่มบุคคลใกล้ชิด วัดโดยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาจากแนวคิดของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) เป็นแบบสอบถามวัดทางด้านอารมณ์และ

การได้รับข้อมูลข่าวสาร และนอร์เบค และคณะ (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981) เป็นแบบสอบถามวัดทางด้านการได้รับสิ่งของและการบริการ นำมาใช้โดย บุญรอด คอนประเพ็ง (2549) แบบวัดนี้เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเกิตสเกล 5 อันดับ คะแนนสูง หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมมาก

ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล หมายถึง ระดับการรับรู้ถึงความรู้สึกรวมคแรงและศักยภาพในการทำงานและจิตใจของญาติผู้ดูแลลดลง โดยมีสาเหตุมาจากการใช้พลังงานในร่างกายเพิ่มมากขึ้น การพักผ่อนไม่เพียงพอ จากการระงานในการผู้ดูแลผู้ป่วย และเครียดจากการไม่มีแหล่งช่วยเหลือซึ่งสามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้จากได้โดยใช้แบบสอบถามอาการความเหนื่อยล้าของพิวส์และคณะ (Pugh et al., 1993 อ้างใน ภาวดี โพชัยคุปต์, 2543) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ภาวดี โพชัยคุปต์ (2543) แบบวัดนี้เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าลิเกิตสเกล 4 อันดับ คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้ามาก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา ความเหนื่อยล้า ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของญาติ ผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระในการดูแล กับความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ศูนย์ฟอกเลือดในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมจะประกอบด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
3. ความเหนื่อยล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดความเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดข้อจำกัดหรือความพร่องทางร่างกายที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกิดความพร่องทางความคิดสติปัญญา มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์และความรู้สึก หรือมีการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ภายหลังการรักษาแล้วผลจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จึงต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้กำหนดคนที่เหมาะสม ให้รับบทบาทเป็นผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัวหรือหาบุคคลที่เหมาะสมอาจเป็นคนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย บำบัดอยู่ใกล้กัน หรือมีความรู้ทางการแพทย์ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) มาเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือในการกระทำการกิจกรรมต่างๆ ให้แก่ผู้ป่วย จึงมีผู้ให้คำจำกัดความของญาติผู้ดูแลไว้ ได้แก่ ไฮแมน แคลคีย์ และฮัสตานิน (Hileman, Lackey, Hassanein, 1992) ให้ความหมายว่าเป็นบุคคลซึ่งไม่ได้รับค่าจ้างและได้รับการชื่อบอกโดยผู้ป่วยว่าเป็นผู้ให้การดูแลทางด้านร่างกายหรือเป็นผู้ที่เผชิญกับกระบวนการของโรคจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง นงลักษณ์ พันชมภู (2540) ให้ความหมายของ “ผู้ดูแล” ไว้ว่าหมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่

ต้องการพึ่งพา โดยการให้การดูแลบุคคลนั้น มีส่วนในการช่วยส่งเสริม ความอยู่รอด สุขภาพ และ สวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ผู้ดูแลจึงอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพ และ ผู้ที่ถูกฝึกมา เพื่อประกอบอาชีพให้การดูแล รวมทั้งบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวก็ได้ แต่การจ้าง บุคคลภายนอกครอบครัวมาเป็นผู้ดูแล อาจทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และอาจไม่เข้าใจ หรือให้ความเอาใจใส่ผู้ป่วยเท่ากับบุคคลในครอบครัวเอง ดังนั้นการหาคนที่เหมาะสมมาเป็นผู้ดูแล จึงมักจะเป็นสมาชิกในครอบครัวเช่น เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือ บุคคลสำคัญในชีวิตซึ่งให้ความช่วยเหลือดูแลในบ้านหรือชุมชน โดยไม่ได้มุ่งเน้นค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล ซึ่งจะเรียกว่า “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน” (ยูพาฟิน สิริโพธิ์งาม, 2539; Davis, 1992)

ในงานวิจัยนี้ ความหมายของญาติผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวหรือคู่สมรสหรือ เพื่อนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมระบุว่า เป็นผู้ที่เป็นหลักในการดูแลโดยตรง ในด้านอาหาร การเดินทาง การรักษา หรือค่าใช้จ่าย ใดอย่างหนึ่ง โดยจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วย โดยไม่รับค่าตอบแทนใดๆที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจะมาจากความพร่องทางร่างกาย ทางความคิดสติปัญญา และความต้องการส่วนบุคคล การช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลแบ่งได้เป็น 4 ด้าน (Horowitz, 1985 cited in Davis, 1992) ได้แก่ 1) การให้ความช่วยเหลือดูแลโดยตรง เช่น การช่วยทำกิจวัตรประจำวัน การอาบน้ำ การป้อนข้าว การขับถ่าย การช่วยเหลืองานบ้าน การเดินทาง การพาไปพบแพทย์ 2) ด้านการให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การพาผู้ป่วยไปร่วมทำกิจกรรมของสังคม หรือ การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว 3) ด้านการเป็นสื่อกลางประสานงานกับองค์กรหรือหน่วยงาน ต่างๆ ลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่กับการรักษาตาม ความเชื่อของผู้ป่วย และ 4) ให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน การให้ความช่วยเหลือดูแลในการ กระทำกิจกรรมต่างๆดังได้กล่าวมานี้ อาจจะมีสมาชิกในครอบครัวอีก 2-3 คน มีส่วนร่วมในการ ดูแลด้วย โดยอาจจะสลับหน้าที่กันบ้าง เนื่องจากญาติผู้ดูแลมีชีวิตส่วนตัว งาน และสังคมเดิมที่ต้อง รับผิดชอบอยู่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) การมีญาติผู้ดูแลหลายๆคนช่วยกันดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วย ได้รับการฟื้นฟู และได้รับการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา และเป็นการช่วยลด ความเครียดให้กับญาติผู้ดูแลที่ดูแลเพียงคนเดียวอีกด้วย สำหรับญาติผู้ดูแลที่บ้านที่เป็นหลักในการ ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจะเรียกว่า ญาติผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ส่วนคนอื่นๆที่ช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง อาจเป็น

ผู้ช่วยหรือดูแลแทนเป็นครั้งคราว จะเรียกว่า ญาติผู้ดูแลรอง(Secondary caregiver) (นงลักษณ์ ฟิ้นชมพู, 2540; ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

การพิจารณาความเหมาะสมของการเป็นญาติผู้ดูแลหลักต้องพิจารณาความสามารถ เวลา ความพร้อม และความสะดวกในการดูแล ซึ่งจะขึ้นอยู่กับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส งานประจำ ที่ทำอยู่ด้วย รวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการรับทำหน้าที่ในการดูแล อาจมีเหตุผลมาจากความรัก มีความสุขที่ได้ดูแล ความผูกพันกับผู้ป่วยทำให้มีโอกาสนใกล้ชิดดูแลกันได้มากขึ้น ต้องการตอบแทนบุญคุณผู้ป่วย ทำให้ตนเองมีความรู้สึกรู้ว่ามีความสามารถ เป็นที่ต้องการและได้รับการยอมรับ ชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536; ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งการรับเป็นญาติผู้ดูแลที่บ้านให้แก่ผู้ป่วยเป็นการเพิ่มกิจกรรม บทบาท และภาระงาน ญาติผู้ดูแลต้องจัดระบบตนเอง และระบบในครอบครัวใหม่ เพื่อรักษาความสมดุลของชีวิตตนเองและครอบครัว การเพิ่มบทบาท ภาระหน้าที่และกิจกรรม ในการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับผลกระทบของบทบาทและกระบวนการของการให้การดูแล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) อาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลจึงได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น

ญาติผู้ดูแลที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทเข้ามาดูแลผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบทบาทการเป็นผู้ดูแล มี 4 ด้าน คือ 1) ปฏิกริยาทางอารมณ์ ด้านลบ 2) ความรู้สึกรับผิดชอบต่อผู้ป่วย 3) ความรู้สึกที่ต้องพراقจากครอบครัว และ 4) ผลกระทบจากการดูแลต่อตารางเวลาประจำวัน (Given, Stommel, Collins, King, & Given, 1990) ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้ถึงภาระในการดูแล ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความตึงเครียดของการเป็นญาติผู้ดูแล สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว การถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม ผลกระทบทางการเงินและสุขภาพทางร่างกาย (Baumgarten, 1989)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลมีทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ด้านบวก คือ การได้พิสูจน์ความสามารถในการดูแล การได้รับความชื่นชม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่วนผลกระทบในด้านลบ คือ การรู้สึกเป็นภาระ มีความยากลำบากในการรับผิดชอบดูแล มีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น ถูกรบกวนอาชีพการงาน มีความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท ไม่มีเวลาว่างและขาดความเป็นส่วนตัว (นงลักษณ์ ฟิ้นชมพู, 2540) ความรู้สึกเครียด (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536); Chan & Chang, 1999) และเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ญาติผู้ดูแลจึงมีความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุนใน

ด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความรู้เพื่อการดูแลที่เหมาะสม การพักผ่อนที่เพียงพอ การได้รับบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย การช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและสังคมทั้งในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วย การเงิน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน (นงลักษณ์ พันชมพู, 2540; Dupaskul, 2001) จึงได้มีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการดูแลเพื่อช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล รูปแบบการช่วยเหลือโดยการเตรียมความพร้อมให้กับญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อช่วยลดความตึงเครียดในบทบาทของญาติผู้ดูแล แผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลที่ออกแบบเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ช่วยลดอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลและช่วยลดค่าใช้จ่าย (Archbold, Stewart, Greenlick & Harvath, 1990) นอกจากนี้การจัดการโปรแกรมการฝึกหัดญาติผู้ดูแล ให้ญาติผู้ดูแลได้รับ โปรแกรมการจัดการพฤติกรรม และโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระลดลง และมีทัศนคติทางบวกในการขอความช่วยเหลือ (Robinson & Yates, 1994) พาสาคริตา และแมคคอร์เกิล (Pasacreta & McCorkle, 2000) ได้ทำการทบทวนและศึกษาเกี่ยวกับการสร้างรูปแบบการให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลจัดกลุ่มได้เป็น 3 รูปแบบ คือ 1) การให้ความรู้ 2) การให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษา และการบำบัดทางจิตใจ และ 3) การให้การดูแลที่สถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและที่บ้าน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือแก่ญาติผู้ดูแลที่บ้าน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการศึกษาที่เกี่ยวกับคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย ระหว่าง 30-60 ปี สถานภาพสมรสคู่ และมักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ คู่สมรส และบุตร และมักไม่ได้ประกอบอาชีพนอกบ้าน (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541; วิภา วิเสโส, 2545; สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) และส่วนใหญ่มีฐานะปานกลาง (Oberst, et al., 1989)

การศึกษาที่เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยวันละ 10-24 ชั่วโมง เนื่องจากร้อยละ 97.3 ของผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะมีอุปกรณ์การแพทย์ติดตัวไปด้วยทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพาญาติในการดูแล ญาติผู้ดูแลจึงมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และการดูแลผู้ป่วย และต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม เศรษฐกิจ และต้องการความรู้ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุมาพร คุณะสกุล (Dupaskul, 2001) และ จินตนา หาญประสิทธิ์คำ (Hanprasitkam, 2000) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลมีความ

ต้องการการสนับสนุนทางด้านร่างกายและทางจิตวิญญาณ และต้องการความร่วมมือจากครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย ต้องการความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแล การช่วยเหลือ และการบริการจากสังคมขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย และมีความต้องการทางการเงิน สุขและ ความหวัง ในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลในด้านต่างๆ เช่น การศึกษาของ ชูชื่น ชีวพูนผล (2541) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแล วิภา วิเสโส (2545) ศึกษาการให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าเมื่อต้องเข้ามารับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล มีการรับรู้ที่ต้องรับบทบาทและภาระการดูแลกิจวัตรประจำวันแทนผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลลืมนใจตัวเอง ไม่มีเวลาส่วนตัว ลืมนาคต มีความวิตกกังวลและกลัวการสูญเสียผู้ป่วย สูญเสียทรัพย์ ต้องนำเงินเก็บมาใช้ ขาดรายได้ เหนื่อยกายและหมดกำลังใจจากภาระการดูแล และมีปัญหาสุขภาพหลังการดูแล (Phligbua, 2005) วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล (2550) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลาง สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการดูแลมี 2 ลักษณะ คือ สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากผู้ป่วย และ สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากญาติผู้ดูแลเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17.7

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านอื่นๆ เช่น

กายนอร์ (Gaynor, 1989) ศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะยาวจะมีปัญหาสุขภาพ มีความบกพร่องทางระบบภูมิคุ้มกัน โดยศึกษาในหญิงผู้ดูแลผู้สูงอายุ 87 คน ดูแลนาน 2-21 เดือน พบว่าไม่มีปัญหาทางสุขภาพ ดูแลเดือนที่ 32 ต้องใช้ยาแก้ลมประสาท และ aspirin เพราะปวดกล้ามเนื้อและกระดูก เดือนที่ 38 พบว่าตนเองไม่แข็งแรงและเกิดโรคที่สัมพันธ์กับความเครียด เช่น ลำไส้อักเสบ และความดันโลหิตสูง เดือนที่ 50 บอกว่าป่วยและไม่อยากดูแลสุขภาพตนเอง ทำเพียงการพักผ่อนและการรับประทานยา

โอเบิร์ต (Oberts et al., 1989) ศึกษาการประเมินสถานการณ์การดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการฉายแสง 47 คน พบว่า กิจกรรมความต้องการการ

ดูแลที่เป็นภาระมากที่สุดคือ การเตรียมการเดินทางให้กับผู้ป่วย รองลงมาคือการดูแลทางด้านจิตใจ และการมีภาระงานบ้านเพิ่มมากขึ้น

แคร์รี่, โอเบิสท์ แมคคัมบีนและฮิวจ์ (Carey, Oberst, McCubbin, & Hughes, 1991) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและภาระในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 49 คน พบว่าการให้การดูแลเรื่องการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจกับผู้ป่วย เป็นความต้องการการดูแลมากที่สุด และมีความยากลำบาก นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยสามารถทำนายความแปรปรวนของภาระในการดูแลได้ร้อยละ 47

เสาวลักษณ์ เนตรชัง (Natechang, 2002) ศึกษาอิทธิพลของความเครียดในบทบาทผู้ดูแล ความวิตกกังวลจากการดูแลและปัจจัยด้านผู้ดูแล ต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 60 คน พบว่า คุณลักษณะของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคน อายุเฉลี่ย 50.7 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ และเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย มีภาวะเจ็บป่วยก่อนเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ภาวะเจ็บป่วยได้แก่ ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดแขน ปวดคอ ปวดข้อมือ ปวดเข่า ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย รับประทานอาหาร ได้น้อยเนื่องจากความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับและน้ำหนักลด

รัชณี ปังกร (Papangkorn, 2003) ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา 26 คน พบว่า การเข้ามารับบทบาทของผู้ดูแล เนื่องจากมีความผูกพัน มีความสามารถในการดูแล และสถานการณ์บังคับ กิจกรรมการดูแลได้แก่ ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ทำกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษา ฟันฟุสภาพ เฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประคับประคอง จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ปัญหาที่เกิดจากการทำบทบาทคือ ความตึงเครียดทางกาย ทางอารมณ์ และทางสังคม

อัลวาเลส (Alvarez et al., 2004) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการฟอกเลือด 221 คน พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ภาระในการดูแลสูงและมีคุณภาพชีวิตต่ำจะมีภาวะเสี่ยงสูงต่อความซึมเศร้าและเมื่อเทียบกับคนที่มีอายุและเพศเดียวกัน ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนโดยทั่วไปที่ไม่ต้องดูแลญาติที่เจ็บป่วย

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) ศึกษาความเครียดในภรรยาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 110 คน พบว่าในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพถึงร้อยละ 76.92 อาการที่พบ ได้แก่ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ใจสั่น รับประทานอาหารไม่ได้ ปวดศีรษะและหายใจไม่เต็มอิ่ม

ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย (2540) การศึกษาเกี่ยวกับ ภาระในการดูแล และความผาสุก ในครอบครัวของคู่สมรสของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต 100 คน พบว่า ภาระในการดูแลและความผาสุกของคู่สมรสอยู่ในระดับปานกลาง และภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในครอบครัว

นอกจากจะมีการศึกษาเกี่ยวกับ ปัญหา ความต้องการ การปรับตัว ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และความเครียดของญาติผู้ดูแลแล้ว ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าซึ่งก็พบว่าความเหนื่อยล้าก็เป็นปัญหาที่สำคัญมากที่สุดของญาติผู้ดูแล (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) การศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลจะเป็นการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ยังไม่พบการศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้จึงทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ถูกมองข้ามไป ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ

ความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ความเจ็บป่วยของโรคไตเรื้อรัง เกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของไตอย่างช้าๆ 3 ประการ คือ ขจัดของเสียออกจากร่างกาย (excretory function) ควบคุมความสมดุลต่างๆ ของร่างกาย (regulatory function) และสังเคราะห์วิตามินและฮอร์โมน ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ต่างๆ ของโกลเมอรูลและท่อไตภายในตัวไตนั้น เมื่อร่างกายได้รับผลกระทบไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตามที่ผลกระทบนั้นมีผลต่อการทำหน้าที่ของหน่วยไต ก็จะทำให้ไตนั้นสูญเสียหน้าที่ ถ้าหน่วยไตนั้นได้รับผลกระทบไม่มากมีการสูญเสียหน้าที่ไปเพียงบางส่วนร่างกายก็ยังคงรักษาสภาพสมดุลไว้ได้โดยไม่มีการผิดปกติอะไร เนื่องจากว่า หน่วยไตที่ยังปกติที่ไม่ได้รับผลกระทบ จะพยายาม

ช่วยรักษาสภาพสมดุลโดยการทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงไม่มีใครรู้ว่าหน่วยไตของตนเองนั้นเริ่มสูญเสียหน้าที่เพราะไม่มีอาการแสดงออกมา แต่ถ้าหากหน่วยไตยังคงได้รับผลกระทบถูกทำลายต่อไปหรือถูกทำลายมากขึ้นเรื่อยๆ หน่วยไตที่พยายามช่วยทำหน้าที่เพื่อรักษาสมดุลก็จะไม่สามารถทำหน้าที่ต่อไปอีกได้ ก็จะทำให้เกิดอาการและแสดงอาการของไตวายเรื้อรังออกมาซึ่งเมื่อถึงเวลานั้น การทำหน้าที่ของไตก็มักเสียไปมากกว่าร้อยละ 75-80 แล้ว (วัลลา คันตโยทัยและประคอง อินทรสมบัติ, 2543)

โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่มีการทำงานของไตบกพร่องเวลานาน ซึ่งแพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง เมื่อมีความผิดปกติในเชิงปริมาณการทำงานของไต และมีความผิดปกติในเชิงคุณภาพของไต ติดต่อกันเป็นเวลานานเกินกว่า 3 เดือน ความผิดปกติในเชิงปริมาณการทำงานของไต คือ ค่าความสามารถของไตในการขับของเสีย โดยไม่คำนึงถึงว่ามีความผิดปกติในเชิงคุณภาพหรือไม่ ส่วนความผิดปกติในเชิงคุณภาพของไต หมายถึง มีผลการตรวจภาพถ่ายรังสีของไตผิดปกติ หรือมีผลการตรวจเลือดหรือปัสสาวะผิดปกติโดยไม่ต้องคำนึงว่าค่าความสามารถของไตในการขับของเสียอยู่ในระดับใด เช่น การพบมีน้ำในไต มีถุงน้ำที่ไต ปัสสาวะมีเม็ดเลือดแดง หรือมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะมากขึ้น การมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะเป็นความผิดปกติเชิงคุณภาพที่มีความสำคัญมากที่สุดที่ใช้พยากรณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เพราะไม่ว่าผู้ป่วยเป็นโรคไตจากสาเหตุใดก็ตามหากมีโปรตีนรั่วทางปัสสาวะเพิ่มขึ้นติดต่อกันเป็นเวลานาน ก็มักทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้น และทำให้ความสามารถของไตในการขับของเสียลดลงตามด้วยเช่นกัน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2547) สาเหตุที่ทำให้การทำงานของไตบกพร่องจนทำให้เกิดไตวายเรื้อรังนั้นมีด้วยกันหลายสาเหตุ ได้แก่ 1) ความผิดปกติจากการเผาผลาญพบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 30 เช่น โรคเบาหวาน 2) ความผิดปกติของหลอดเลือดพบได้ประมาณร้อยละ 25 เช่น โรคความดันโลหิตสูง 3) การติดเชื้อพบได้ร้อยละ 20 เช่น โรคกรวยไตอักเสบเรื้อรังและวัณโรค 4) ความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น โรคถุงน้ำที่ไต และ 5) ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน การอุดตันของระบบทางเดินปัสสาวะ และสารพิษ พบได้ประมาณร้อยละ 20 เช่น โรคแพ้ภูมิคุ้มกันตนเอง (SLE) นิ่วในไต เนื้องอก พืชจากยาแก้ปวด ยาอื่นๆ และสารโลหะหนัก เป็นต้น (ไตรรัักษ์ พิธิษฐกุล และเกรียง ตั้งสง่า, 2543; วัลลา คันตโยทัย และประคอง อินทรสมบัติ, 2543)

การพยายามรักษาและแก้ไขสาเหตุของโรคไตที่เสื่อมสภาพไปแล้วนั้น ไม่สามารถทำให้ไตกลับคืนสู่สภาพปกติได้และไม่สามารถสร้างไตขึ้นมาใหม่ได้ แต่ต้องพยายามให้ไตทำหน้าที่ให้ได้มากที่สุด และชะลอความเสื่อมของไตด้วยการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน

ควบคุมน้ำดื่ม ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และที่สำคัญต้องหลีกเลี่ยงและงดสูบบุหรี่เพื่อประคับประคองให้ผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะต่างๆไปสู่ระยะสุดท้ายให้ช้าที่สุด และเป็นการช่วยชะลอการบำบัดทดแทนไตหรือการปลูกถ่ายเปลี่ยนไต (สมฤทัย วัชรวิวัฒน์, 2550) การพิจารณาการให้การรักษาหรือคำแนะนำขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยของโรคไตเรื้อรังนั้นอยู่ในระยะใด โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาจากค่าอัตราการขจัดสารครีเอตินินที่ไต (creatinine clearance, Ccr) (ไพฑูรย์ คชเสนี และวชิร คชการ, 2547) โดยแบ่งได้เป็น 5 ระยะคือ (วาทีณี ศรีไทย, 2548; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2547)

ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ไตเริ่มเสื่อมแต่เมื่อวัดค่า Ccr ยังปกติมีค่าเกิน 90 มิลลิลิตรต่อนาที

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ไตผิดปกติและมีการทำงานของไตลดลงบ้าง และมีค่า Ccr ลดลงแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ที่เรียกว่าโรคไตเรื้อรัง คือมีค่า Ccr อยู่ในช่วง 60-89 มิลลิลิตรต่อนาที

ระยะที่ 3 เป็นระยะที่เรียกว่าโรคไตเรื้อรัง การทำงานของไตลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง มีค่า Ccr ลดลง อยู่ในช่วง 30-59 มิลลิลิตรต่อนาที

ระยะที่ 4 เป็นระยะที่โรคไตเรื้อรังมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น การทำงานของไตลดลงอย่างมาก ค่า Ccr ลดลง อยู่ในช่วง 15-29 มิลลิลิตรต่อนาที และมักมีค่า serum creatinin อยู่ในช่วง 3-5 มิลลิลิตรต่อเดซิลิตร

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่เข้าสู่ภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ค่า Ccr ต่ำกว่า 15 มิลลิลิตรต่อนาที ซึ่งเป็นระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy)

การบำบัดรักษาทดแทนไตที่นิยมทำในปัจจุบันคือ การบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อาศัยหลักการโดยการแพร่ (diffusion) และการพา (convection) การแพร่ (diffusion) เป็นการเคลื่อนที่ของสารละลายจากบริเวณที่มีความเข้มข้นสูงไปสารละลายที่มีความเข้มข้นต่ำ โดยอาศัยความแตกต่างของความเข้มข้นเป็นแรงในการเกิดการเคลื่อนที่ ส่วนการพา (convection) เป็นขบวนการ filtration โดยการพาของเหลวที่มีส่วนผสมของของเสียออกไปด้วย เมื่อผู้ป่วยมาฟอกเลือดจะนำเลือดออกจากร่างกาย ผสมกับน้ำยาเฮพารินเข้ามายังตัวกรองเลือด โดยไหลอยู่คนละด้านกับน้ำยาซึ่งมี semi permeable membrane กั้นกลางซึ่งจะยินยอมให้สารบางชนิดเคลื่อนที่ผ่านได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของโมเลกุล สารละลายจะเคลื่อนที่จากเลือดเข้าสู่ น้ำยา หรือจากน้ำยาเข้าสู่เลือดขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างความเข้มข้นของส่วนประกอบของสารละลายในเลือดและสารละลายที่เป็นน้ำยาจนกว่าความเข้มข้นของทั้งสองด้านเท่ากันเรียกขบวนการนี้ว่า การแพร่หรือขบวนการซึมผ่าน ซึ่งเป็นการกรองของเสียออกจากเลือด ในขณะเดียวกันถ้าต้องการให้น้ำออกจากร่างกายซึ่งมีส่วนประกอบของเสียอยู่ก็จะถูกพาหรือดันให้ผ่าน

membrane จากด้านหนึ่งให้ออกมาอีกด้านหนึ่ง โดยการทำให้ความกดดันระหว่างเลือดกับน้ำยามีความแตกต่างกันมากๆ (วาทีนี ศรีไทย, 2548; เสาวรส ปริญญาจิตตะ, 2549)

การบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยการแพร่และการพาของเสียออกจากร่างกายจึงมีประโยชน์ในการช่วยชีวิตผู้ที่ได้รับสารหรือยาที่เป็นพิษต่อไต ผู้ที่มีไตวายเฉียบพลันซึ่งมีกลุ่มอาการจากการมีของเสียคั่งในกระแสเลือด เสียสมดุลกรดด่าง เกลือแร่และน้ำ อันเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จะช่วยปรับระดับประคองให้เกิดความสมดุลในร่างกายจนไตที่สูญเสียหน้าที่สามารถกลับมาทำงานได้ และที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ช่วยยืดอายุผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีสุขภาพดีพอที่จะช่วยเหลือตนเองหรือมีชีวิตอยู่เพื่อรอรับการเปลี่ยนไต (วาทีนี ศรีไทย, 2548)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ได้รับความสะดวกสบายสามารถที่จะจัดการดูแลตัวเองดำเนินชีวิตประจำวันได้ในระยะหนึ่ง แต่การดำเนินของโรคที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย ทำให้ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจและอารมณ์ ทางด้านสังคม และทางด้านเศรษฐกิจ การเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรคและผลกระทบทางด้านต่างๆ อาจทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้โดยลำพัง จึงต้องการญาติเข้ามาช่วยเหลือดูแล และจัดการในเรื่องต่างๆ ดังนี้ คือ (เป็นเพชร โพธิ์กุดสัย, 2540)

1. การดูแลอาการทางด้านร่างกาย

1.1 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องการให้ญาติผู้ดูแลช่วยเฝ้าระวังอาการที่เป็นอันตรายที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกายจากอาการของโรค เช่น ผู้ป่วยอาจเกิดแผลในกระเพาะอาหาร ความดันโลหิตสูง (ดิเรก บรรณจักร์, 2549) เหนื่อยจากน้ำท่วมปอด ชีพ สับสน แขนขาอ่อนแรง มีอาการชาและกระตุก มีอาการชั๊ตโลหิตจาง เลือดออกง่าย ภูมิคุ้มกันต่ำ โรคไต กระดูกผุและกระดูกพรุน มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ขาดสารอาหาร ผิวน้ำแข็ง คัน ความรู้สึกทางเพศลดลง หรือต้องการให้ญาติผู้ดูแลช่วยดูแลหลังฟอกเลือด เช่น อาการหน้ามืด เป็นลม จากความดันโลหิตลดต่ำลงหลังฟอกเลือด (วัลลา ดันตโยทัย และ ประคอง อินทรสมบัติ, 2543; วาทีนี ศรีไทย, 2548)

1.2 ผู้ป่วยต้องการการดูแลเส้นเลือดที่ใช้สำหรับการฟอกเลือด เนื่องจากเส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดเป็นเส้นเลือดที่เชื่อมต่อกันระหว่างหลอดเลือดแดงเข้ากับเส้นเลือดดำ ความดันภายในหลอดเลือดแดงสูงกว่าหลอดเลือดดำ เพื่อให้เลือดไหลเวียนมายังหลอดเลือดดำบริเวณผิวหนังมากขึ้น ผู้ป่วยต้องออกกำลังกายมือ (hand grip exercise) โดยวิธีกำลูกบอลเล็กๆ

กำ แบ วันละบ่อยๆ ระวังแขนหรือขาที่ตัดต่อเส้นเลือดไปกระทบกระแทกของแข็งระมัดระวังห้ามไม่ให้มีการเจาะเลือด หรือวัดความดันเลือด ห้ามแทงเข็มเพื่อให้น้ำเกลือ หรือให้ยา แขนที่มีเส้นเลือดนี้อยู่ เมื่อฟอกเลือดเสร็จแล้วแต่ละครั้ง ผู้ป่วยต้องการให้ญาติผู้ดูแลช่วยสังเกตว่ามีเลือดซึมออกจากเส้นเลือดที่ฟอกเลือดหรือไม่ ถ้ามีให้รีบพามาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด และให้แกะผ้าที่กดเลือดไว้หลังจากที่ฟอกเลือดแล้วภายใน 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการอุดตันของเส้นเลือด

1.3 ผู้ป่วยต้องการการดูแลในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนมาฟอกเลือด ในรายที่ญาติผู้ดูแลจัดยาให้ผู้ป่วย ควรงดยาลดความดันก่อนมาฟอกเลือด 4-6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะความดันเลือดต่ำขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ยาอื่นๆให้รับประทานได้ตามปกติ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเลือดออกส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด หรือมีสีดำ อุจจาระเป็นเลือดหรือมีสีดำ มีประจำเดือน หรือมีบาดแผล ควรแจ้งให้แพทย์และพยาบาลทราบทันที

1.4 ผู้ป่วยต้องการให้ช่วยดูแลเรื่องอาหาร และน้ำดื่ม อาหารสำหรับผู้ป่วยไตวาย เรื่องที่ญาติควรรู้เพื่อที่จะได้เตรียมอาหารให้ถูกต้องมีหลักในการเลือกรับประทานคือเลือกอาหารที่ควรรับประทานเช่น อาหารที่มีโปรตีน จาก หมู ไก่ เนื้อปลา ไข่ขาว เพราะเป็นโปรตีนที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ย่อยง่าย และควรหลีกเลี่ยงอาหารโปรตีนจากถั่ว ผลิตภัณฑ์จากนม ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล เพราะมีฟอสเฟตสูง ถ้าหากรับประทานมากจะทำให้เกิดการกั่งของเสีย ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาหารประเภทแป้งสามารถรับประทานได้ตามปกติยกเว้นผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วยต้องควบคุม ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น แกงกะทิ ขาหมู หนังไก่ ไข่แดง นมสด อาหารทอด ควรปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืช ควรใช้วิธี ต้ม นึ่ง ย่าง อบ ปิ้ง ส่วนอาหารที่ควรควบคุม ได้แก่อาหารพวกเกลือแร่ ต้องจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมโดยหลีกเลี่ยงอาหารเค็ม ไม่ปรุงอาหารเพิ่มด้วยซอส หรือน้ำปลา อาหารที่มีโซเดียมมากได้แก่ เครื่องปรุงรสต่างๆ เช่น เกลือป่น ซุปก้อน ซอสปรุงรส ซอสพริก เครื่องแกง อาหารหมักดอง ดองแห้ง เช่น ปลาเค็ม ผลไม้ดองเค็ม ดองเปรี้ยว ปลาหวาน หมูหยอง ถั่วแห้ง ถั่วเขียว ผลไม้แช่อิ่ม บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป กะปิ เป็นต้น ส่วนวิธีการประกอบอาหารให้ทำโดยไม่เติมเกลือหรือน้ำปลา สามารถทำได้โดยใช้เครื่องเทศช่วยให้มีกลิ่นหอม เช่น พริกไทย รากผักชี กระวาน กานพลู ปรุงรสอาหารด้วยน้ำมะนาว น้ำตาล น้ำส้มสายชู น้ำมะขามเปียกและพริก จะช่วยให้รสอาหารดีขึ้น เกลือแร่ที่ต้องควบคุม อีกอย่างคือ โปตัสเซียม มีมากในจำพวก ผักสด ผลไม้ เช่น ส้ม มะเขือ มะละกอ กล้วย ถั่ว เมล็ดแห้ง ผลไม้แห้ง เช่น ลูกเกด ลูกพรุน ชอกโกแลต มะพร้าวขูด และเนื้อสัตว์ ดังนั้นหากต้องการรับประทานผลไม้ให้รับประทานเข้าวันฟอกเลือด เนื่องจากขณะที่ฟอกเลือด สารนี้ จะถูกฟอกออกไปด้วย (ชนิดา ปโชติการ, 2550) และสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้

อาเจียน ควรรับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ในช่วงระหว่างวันอาจดื่มน้ำหวานใส่น้ำแข็ง ในกรณีที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน การปรุงอาหารให้มีรสชาदनํ้ารับประทานอาจเติมนํ้าหรือรสหวานเพิ่มเล็กน้อย และควรรับประทานอาหารขณะที่ยังอุ่นอยู่ ส่วนการดูแลเรื่องนํ้าดื่ม ผู้ป่วยควรดื่มนํ้าเท่ากับปริมาณปัสสาวะในวันก่อนบวกเพิ่มได้อีก 500 มิลลิลิตร นํ้าที่ดื่มควรเป็นนํ้าที่ สะอาดหรือต้มสุก ไม่ควรดื่มนํ้าอัดลม ชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์

1.5 การดูแลเรื่องการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยออกกำลังกายที่เหมาะสมไม่ออกแรงมากเพราะจะทำให้เหนื่อยมากและใจสั่น เช่น การเดิน การเล่นโยคะต่างๆ สัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นอย่างน้อย นานประมาณ 15-30 นาที เพื่อให้เหงื่อออกเป็นการช่วยขับนํ้าทางผิวหนัง

1.6 การดูแลความสุขสบายของร่างกายในเรื่องการขับถ่าย ไม่ควรให้ผู้ป่วยท้องผูกนาน อาจต้องให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบายตามคำแนะนำของแพทย์ หลังถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะทุกครั้ง ควรล้างด้วยนํ้าสะอาดและซับให้แห้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ การดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน ควรให้ผู้ป่วยบ้วนปากบ่อยๆ หรือหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง และใช้แปรงสีฟันที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยเกิดแผลในปากได้ง่าย

2. การดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 4-5 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจนตลอดชีวิตของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขัดแย้ง รู้สึกว่าชีวิตของตนต้องผูกพันอยู่กับเครื่องไตเทียมและบุคลากรในหน่วยไตเทียม และต้องเผชิญกับความเรื้อรังของโรค มีร่างกายไม่แข็งแรงและต้องสูญเสียเวลาไปกับการฟอกเลือด อาจมีปัญหาเกี่ยวกับหน่วยงานทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะมี ความวิตกกังวลซึมเศร้า เครียด และหงุดหงิดง่าย (กานดา ออประเสริฐ, 2537; ธนันดา ตระการวานิช, 2542; วณิช พิงชมภู, 2549) และผลจากความเครียดความวิตกกังวลก็จะทำให้ร่างกายเกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น ขาดความตื่นตัว รู้สึกเหนื่อยง่ายและง่วงซึมอยู่ตลอดเวลา จึงต้องการให้ญาติผู้ดูแลเข้ามาช่วยจัดการดูแลให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล อาจจะต้องอยู่เป็นเพื่อนช่วยปลอบใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

3. การดูแลทางด้านเศรษฐกิจ การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะต้องทำอย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 4-5 ชั่วโมง และแต่ละครั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1,500-3,000 บาท (เสาวรส ปริญญะจิตตะ, 2549) ใน 1 เดือน ต้องเสียค่าใช้จ่าย ประมาณ 20,000-30,000 บาท และต้องทำตลอดไป นอกจากนี้ยังมีค่ายากระตุ้นเม็ดเลือดแดงซึ่งมีราคาแพง การฟอกเลือดจึงมีค่าใช้จ่ายสูงอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายนี้ได้ และจากภาวะของโรคอาจทำให้มีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพเนื่องจากทำงานได้ไม่เต็มเวลาอาจต้องเปลี่ยนอาชีพ ทำให้มีรายได้

ลดลงไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย บางครั้งทำให้ผู้ป่วยหยุดการฟอกเลือดซึ่งจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลให้ช่วยค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือดรวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ด้วย

4. การดูแลในเรื่องการเดินทาง ผู้ป่วยต้องการให้ญาติผู้ดูแลพาผู้ป่วยไปรับการฟอกเลือด และการตรวจตามกำหนด เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางตามลำพังได้หรือมีความกังวลว่าจะเกิดอาการแทรกซ้อนหลังฟอกเลือด จึงต้องการคนดูแลระหว่างทางเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความต้องการในการดูแลในหลายด้าน และมีความซับซ้อนมากกว่าการจัดการเรื่องการรักษาเพียงอย่างเดียว มีความเกี่ยวพันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการเดินทาง ถึงแม้ว่าการฟอกเลือดจะสามารถควบคุมภาวะสมดุลของน้ำ และภาวะเคมีในร่างกายให้ใกล้เคียงกับภาวะปกติ แต่ร่างกายยังมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการฟอกเลือด บางครั้งจะมีอาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตต่ำ มีการสูญเสียสารอาหาร โปรตีนสูง สภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายเกิดขึ้น และอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ภาวะยูรีเมียได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยบางคนจะมีการซึมเศร้า กังวลใจ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ก้าวร้าว ลดการดูแลหรือการช่วยเหลือตนเอง หรือต่อต้านการรักษา ซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วยที่ต้องรักษาแบบไม่มีที่สิ้นสุด รวมทั้งเกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพานุคคลอื่น ซึ่งลักษณะเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจ เพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งญาติผู้ดูแลที่บ้านเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การรับบทบาทการดูแลทำให้ญาติผู้ดูแลมีภาระมากขึ้นซึ่งจะเป็นหนทางไปสู่ความเหนื่อยล้า

ความเหนื่อยล้า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเหนื่อยล้า (Fatigue) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เสมอในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในวัยหนุ่มสาว ผู้สูงอายุ บุคคลที่ภาวะสุขภาพดี หรือเจ็บป่วยก็ตาม (Piper, 1986) เนื่องจากความเหนื่อยล้าเป็นกลไกในการป้องกันตนเอง ที่สำคัญอย่างหนึ่ง เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย โดยความเหนื่อยล้าจะช่วยเตือนให้บุคคลนั้นต้องลดการทำงานให้น้อยลง เพื่อหลีกเลี่ยงความเครียด และเป็นสัญญาณเตือนว่าร่างกายอาจเกิดโรค ถ้าบุคคลมีความเหนื่อยล้าจะรู้สึกไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย ไม่อยากมีกิจกรรม และอยากพักผ่อน ซึ่งจะทำให้ร่างกายได้มีโอกาสซ่อมแซม และฟื้นฟูสภาพเดิม แต่ถ้าหากไม่มีความเหนื่อยล้าเป็นสัญญาณเตือนให้กับร่างกาย จะทำให้ร่างกายสูญเสียใน

การทำหน้าที่ ความเหนื่อยล้ามีหลายมิติและไม่คงที่ (Trendall, 2000) เกิดได้จากหลายสาเหตุและมีการแสดงออกหลายลักษณะ ทั้งในด้านความรู้สึกการรับรู้ และการแสดงออกทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และพฤติกรรม การให้ความหมายของความเหนื่อยล้าจึงมีผู้ให้ความหมายไว้หลาย ความหมายแต่ละจะสรุปถึงความหมายของความเหนื่อยล้าได้อยู่ 2 ความหมาย คือ

1. ความเหนื่อยล้าเฉียบพลัน (Acute Fatigue) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดจากทางร่างกายในช่วงเวลาสั้นๆ และอาการคงอยู่ไม่เกิน 1 เดือน (Skulla & Lacasse, 1992) เป็นการรับรู้ถึงความผิดปกติ ความไม่สุขสบายของร่างกาย รู้สึกเหนื่อย หดแรงแรง หดกำลังหมดพลังงานมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ความสามารถที่ต้องใช้ร่างกายและสติปัญญาลดลง จนทำให้กิจกรรมที่ร่างกายต้องทำตามปกติได้ลดลง (Hubsy & Sears, 1992; NANDA อ้างใน ศิริพร ขัมภลิจิต สุภาพ ชีระประทีป และ ชีรนุช ห่านรัตติย, 2542; Pickard-Holley, 1991; Piper, 1986; Woo, 1995) ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นจากทางร่างกายนี้ อาจเป็นเฉพาะส่วนของร่างกาย เช่น คอ แขน ไหล่ หรือ อาจเกิดขึ้นได้ทุกส่วนของร่างกายส่วนใหญ่จะเป็นการเตือนให้ร่างกายพักผ่อน เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากการทำงานหนัก หรือนานเกินไป และเตือนเพื่อให้หลีกเลี่ยงความเครียด (Piper, 1986; Woo, 1995)

2. ความเหนื่อยล้าเรื้อรัง (Chronic Fatigue) (Piper, 1986) เป็นความเหนื่อยล้าที่เกิดจากการรับรู้ความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นร่วมกันระหว่างทางด้านร่างกาย การหมดกำลัง หมดพลังงานกับจิตใจ ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมอยู่อย่างหนึ่งๆ ไม่อยากทำอะไร อาจมีอาการเครียด ซึมเศร้า และไม่สามารถทำให้หายได้ด้วยการพักผ่อนหรือนอนหลับ (วาทีณี ศรีไทย, 2548; Aronson et al., 1999; Hart, Freel, & Milde, 1990; Potempa, 1993) ซึ่งจะเกิดขึ้นเป็นเวลานาน มากกว่า 1 เดือน แต่ถ้านานมากกว่า 6 เดือน จะทำให้เกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า “Chronic Fatigue Syndrome” หรือ “CFS” (Campling & Sharpe, 2000)

กลุ่มอาการ “Chronic Fatigue Syndrome” จะแสดงอาการออกมา 3 ลักษณะ คือ อาการสำคัญ อาการแสดง (Symptoms) และ อาการที่ตรวจพบโดยแพทย์ อาการสำคัญ คือ มีความเหนื่อยล้าแบบเป็นๆ หายๆ เกิดขึ้นใหม่ได้ หายเหนื่อยล้าแล้วก็เป็นกลับซ้ำได้ อาจตรวจไม่พบความผิดปกติของระบบต่างๆ ของภายในร่างกายที่จะเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเหนื่อยล้า แต่ทำให้การทำงานลดลงมากกว่าร้อยละ 50 อาการแสดง ได้แก่ มีอาการไข้ 37.5-38.6 องศาเซลเซียส ตรวจพบความผิดปกติของระบบต่างๆ ในร่างกาย และมีอาการทางจิตประสาทร่วมด้วย เช่น กลัวแสง หลงลืม กระสับกระส่าย สับสน คิดไม่ออก สมาธิลดลง หรือซึมเศร้า มีปัญหาการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป ส่วนอาการที่ตรวจโดยแพทย์ หมายถึง อาการที่ตรวจพบความ

ผิดปกติโดยแพทย์ห่างกันอย่างน้อย 1 เดือน ได้แก่ อาการหลอกลม คออักเสบและคล้ำต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ และรักแร้ได้น้อยกว่า 2 เซนติเมตร อาการต่างๆเหล่านี้ ถ้าพบว่ามีอาการสำคัญ ร่วมกับมีอาการแสดงอย่างน้อย 6 อย่าง และมีอาการที่ตรวจพบโดยแพทย์อย่างน้อย 2 อย่าง หรือถ้ามีอาการสำคัญ ร่วมกับมีอาการแสดงอย่างน้อย 8 อย่าง โดยไม่จำเป็นต้องมีอาการที่ตรวจพบโดยแพทย์ ถือว่ามีภาวะ CFS (Campling & Sharpe, 2000)

ความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นบ่อยๆ และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน จนไม่สามารถแก้ไขได้ จะทำให้มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิต การศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าเพื่อให้เกิดความเข้าใจและจัดการกับกลุ่มอาการนี้ได้ก็จะเป็นประโยชน์ในการช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้ามีกรอบแนวคิดอยู่ 3 กลุ่มคือ 1) กรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าที่เกิดจากกระบวนการทางชีวเคมีในร่างกาย 2) กรอบแนวคิดที่เกี่ยวกับการจัดการกับอาการเหนื่อยล้า (The Model of Symptom Management) และ 3) กรอบแนวคิดที่เกี่ยวกับกลุ่มอาการไม่สุขสบาย (The Theory of Unpleasant Symptoms)

1. กลุ่มของกรอบแนวคิดความเหนื่อยล้าที่เกิดจากกระบวนการทางชีวเคมีในร่างกายมีอยู่หลายแนวคิด ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับการใช้พลังงานของไรเดน (Ryden's Conceptual framework of Energy Expenditure, 1977 อ้างใน วาทีนี ศรีไทย, 2548) แนวคิดความเหนื่อยล้าของไอสตาร์ (Aistars, 1987) แนวคิดความเหนื่อยล้าของเออร์วิน (Irvine, Vincent, Graydon, Bubela, & Thompson, 1994 อ้างใน วาทีนี ศรีไทย, 2548) แนวคิดความเหนื่อยล้าของ วินนิงแฮม (Winningham, 1996) และแนวคิดความเหนื่อยล้าของ ไพเปอร์ (Piper, 1993) แต่ละกรอบแนวคิดมีแนวคิดคล้ายคลึงกันซึ่งพอจะสรุปได้ว่า ความเหนื่อยล้าเกิดจากการสูญเสียพลังงานมากขึ้นและทำให้พลังงานที่เก็บสะสมนั้นถูกนำมาใช้มากขึ้นจนทำให้เกิดความเหนื่อยล้า การสูญเสียพลังงานเกิดจากการทำงาน การทำกิจกรรมต่างๆ เกิดจากความเจ็บป่วยที่ร่างกายต้องนำพลังงานไปใช้ในการซ่อมแซมร่างกายและการฟื้นฟูสภาพให้เป็นปกติ เกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังเกิดจากความเครียดที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิต สภาพแวดล้อม และสังคม

2. กลุ่มของกรอบแนวคิดรูปแบบการจัดการอาการ (The Model of Symptom Management) (Dodd et al., 2001 อ้างใน จรัสศรี ชีระกุลชัย, 2548) รูปแบบนี้จะประกอบด้วยปัจจัย 3 กลุ่มที่มีผลกระทบ 3 มิติ ปัจจัย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคคล 2) สุขภาพกับความเจ็บป่วย และ 3) สิ่งแวดล้อม มิติ 3 มิติ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความเหนื่อยล้า 2) กลยุทธ์การจัดการความเหนื่อยล้า และ 3) ผลลัพธ์จากการจัดการ

ความเหนื่อยล้าปัจจัยบุคคลประกอบด้วยตัวแปรหลายอย่าง เช่น โครงสร้างทางประชากรร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อมุมมองและการตอบสนองต่ออาการเหนื่อยล้าของแต่ละคน แตกต่างกันไป ปัจจัยสุขภาพกับความเจ็บป่วยเป็นตัวแปรที่ประกอบด้วยภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของแต่ละคน ปัจจัยสิ่งแวดล้อมประกอบด้วยตัวแปรทางด้าน ร่างกาย สังคม และ วัฒนธรรม ปัจจัยทั้ง 3 นี้ จะกระทบต่อมิติความเหนื่อยล้าได้แก่ ประสบการณ์ความเหนื่อยล้า ซึ่งหมายถึงการรับรู้ในอาการของแต่ละคนโดยประเมินจากการรับรู้ความหมายของอาการและการตอบสนองของอาการ ส่วนมิติกลุ่ตการจัดการความเหนื่อยล้า จะเจาะจงไปที่การเตรียมหนทาง ในการที่จะชะลอให้ผลของความเหนื่อยล้าออกมาเป็นทางด้านลบ มิติ ผลลัพธ์จากการจัดการความเหนื่อยล้า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์และการจัดการความเหนื่อยล้า ถึงแม้ว่า รูปแบบของ กรอบแนวคิดนี้ จะเสนอความคิด ถึงปัจจัย 3 กลุ่ม แบบ 3 มิติ ที่มีผลกระทบความเหนื่อยล้า แต่ความคิดหลักจะเจาะจงที่ทางเลือกของกลุ่ตการจัดการที่จะเตรียมการลดความเหนื่อยล้าของแต่ละคน รูปแบบนี้เป็นที่นิยมนำไปใช้ศึกษาพัฒนาการเข้าไปจัดการการลดอาการไม่สุขสบายของแต่ละคน

3. กลุ่มของกรอบแนวคิดของ The Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS) ได้ถูกพัฒนา มาจาก The Model of child bearing fatigue ของ Pugh & Milligan (Lens, Suppe, Gift, Pugh, & Milligan, 1995; Lens, Pugh, Milligan, Gift, & Suppe, 1997) แนวคิดตามทฤษฎีนี้กล่าวถึง อาการ (symptom) ว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะบ่งชี้สถานะทางสุขภาพในการทำหน้าที่ของร่างกายว่าเป็นปกติหรือ กำลังถูกคุกคามทางสุขภาพ การปรากฏอาการอาจเกิดขึ้นเพียงอาการเดียวหรือเกิดขึ้นร่วมกันกับ อาการอื่นก็ได้ เช่น อาการหายใจลำบากมักจะเกิดความเหนื่อยล้าร่วมด้วย หรืออาการปวดอาการ คลื่นไส้ อาเจียน เกิดขึ้นร่วมกับอาการความเหนื่อยล้า อาการที่เกิดขึ้นหลายอาการพร้อมๆกันจะทำให้ร่างกายได้รับความไม่สุขสบายมากขึ้นกว่าเดิมหรือมากกว่าการเกิดอาการเพียงอาการเดียว อาการที่เกิดขึ้นมีลักษณะเฉพาะและแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามแต่ประสบการณ์ที่บุคคลนั้นได้รับสิ่งที่ ทำให้เกิดอาการความรู้สึกไม่สุขสบายในแต่ละคนมาน้อยแตกต่างกัน คือ 1) ความรุนแรงของ อาการ (intensity) 2) ระยะเวลาหรือความถี่ที่เกิดอาการ (duration) 3) ความรู้สึกยากลำบากเมื่อเกิด อาการ (distress) และ 4) คุณภาพของอาการ (quality) (Lens et al., 1995)

1. ความรุนแรงของอาการ (intensity) เป็นการบอกปริมาณหรือจำนวนความรุนแรงว่ามาก หรือน้อย
2. ระยะเวลาหรือความถี่ที่เกิดอาการ (duration) เป็นการบอกว่าอาการนั้นจะเกิดขึ้นแบบ เรื้อรังหรือฉับพลัน เป็นชั่วคราวแต่เป็นบ่อย หรือนานๆจะเกิดขึ้นแต่เป็นอยู่นาน และบางครั้งอาจ เกิดอาการเมื่อทำกิจกรรมเช่น เกิดอาการเหนื่อยล้าเมื่อออกกำลังกายหนัก

3. ความรู้สึกยากลำบากเมื่อเกิดอาการ (distress) เป็นอาการที่บุคคลนั้นพูดถึงบ่อยๆว่าทำให้เบื่อหรือรบกวนใจมากน้อยเพียงไร เป็นอาการที่มีความหมายหรือมีอิทธิพลที่จะทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจเลือกว่าจะรักษาอาการด้วยวิธีใดที่ดีกว่ากัน ที่จะช่วยให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด

4. คุณภาพของอาการ (quality) เป็นการบอกถึงลักษณะเฉพาะเจาะจงของอาการและการตอบสนองต่อการรักษา คุณภาพของอาการจะทำให้เห็นถึงสาเหตุทางสรีรวิทยา และบ่งชี้ถึงปัญหาของอาการใดที่มีความรุนแรง และสามารถใช้เป็นประโยชน์ได้ในการวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือทางการแพทย์ เช่น การบอกถึงอาการเหนื่อยล้าว่าเป็นความรู้สึกหมดแรง เหนื่อยหน่าย หมดแรงใจไม่อยากทำอะไร แต่อาการจะดีขึ้นถ้าได้รับการพักผ่อน เป็นต้น การบอกคุณภาพของอาการจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการศึกษา ทักษะทางภาษา การรับรู้ และประสบการณ์ คนที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้นมานานจะบอกคุณภาพและลักษณะของอาการนั้นได้มากกว่าคนที่มีประสบการณ์ในอาการนั้นน้อย

ในกรอบแนวคิดนี้ยังได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความรุนแรง ระยะเวลาหรือความถี่ที่เกิดอาการ ความรู้สึกยากลำบากเมื่อเกิดอาการ และคุณภาพของอาการ ซึ่งส่งผลให้แสดงอาการความไม่สุขสบายนั้นออกมา ปัจจัยดังกล่าวคือ 1) ปัจจัยทางด้านร่างกาย 2) ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ 3) ปัจจัยทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ (Lens et al., 1995)

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย (Physiological factors) เป็นปัจจัยที่พบได้บ่อยที่ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบาย ได้แก่ ระบบการทำงานที่ต่างๆของร่างกาย การเกิดพยาธิสภาพของโรคในร่างกาย การได้รับบาดเจ็บ ระดับพลังงานของร่างกายเช่นอาหารและน้ำ ระดับความสมดุลของปฏิกิริยาการเผาผลาญอาหาร เป็นต้น ปัจจัยทางด้านร่างกายที่ทำให้เกิดการสูญเสียพลังงานทำให้เกิดความเหนื่อยล้า

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ (psychological factors) เป็นความรู้สึกที่มีต่อความเจ็บป่วย ความรู้สึกที่ไม่แน่นอนของอาการ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และนำไปสู่ความเครียด เช่น คนที่มีความห่วงใยในสุขภาพและมีการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย จะมีความเครียดสูงและมีประสบการณ์อาการไม่สุขสบายนั้นรุนแรงกว่าคนที่มีความห่วงใยในสุขภาพของตนเองและมีความเครียดน้อยกว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านจิตใจและอารมณ์จะช่วยลดความเครียด และช่วยลดอาการไม่สุขสบายนั้นลง

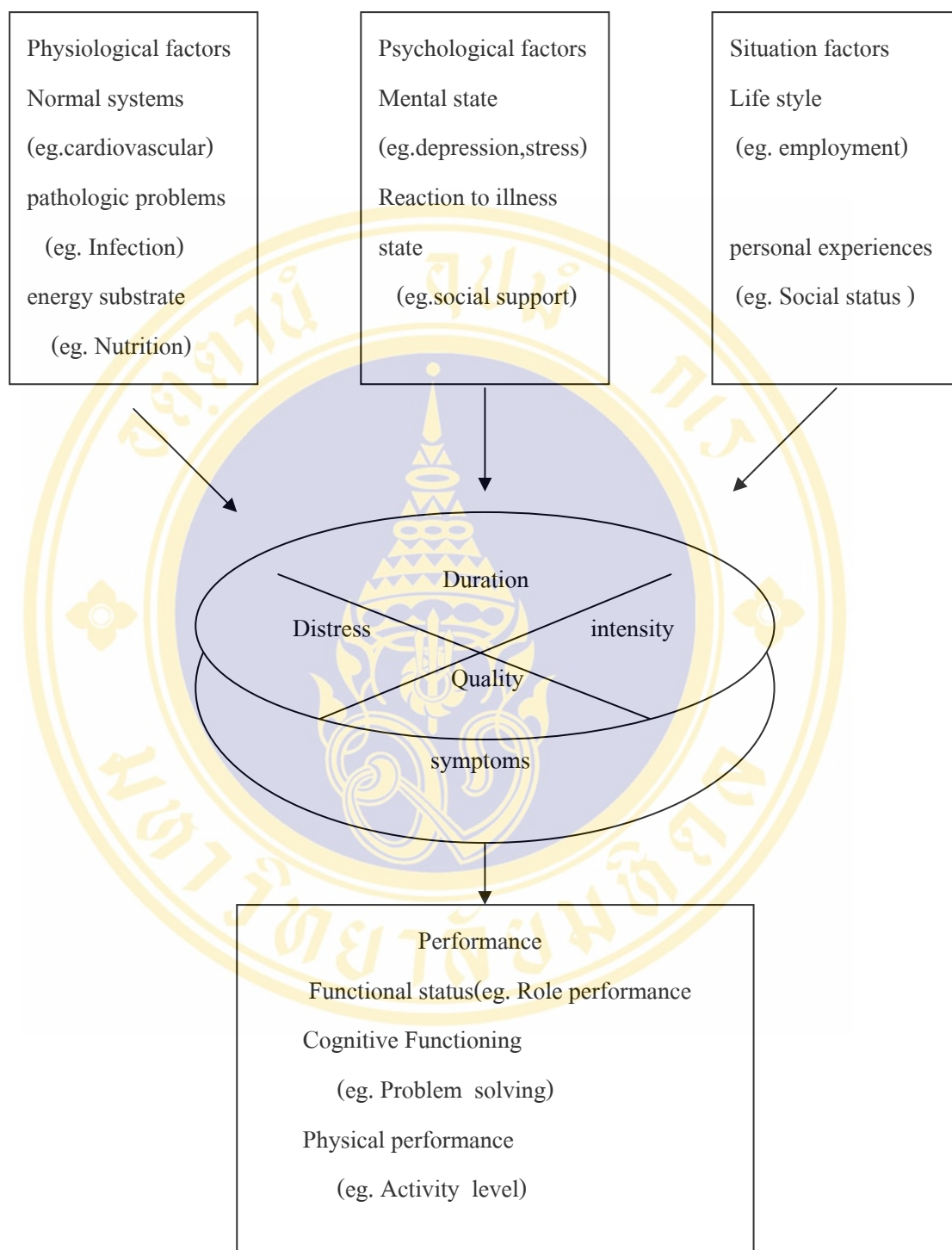
3. ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (situation factors) รวมถึงทิศทางหรือลักษณะของสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สถานการณ์สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม เช่น สภาพการทำงาน สถานภาพสมรส สถานะทางครอบครัว การเข้าถึงแหล่งสุขภาพ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต

เช่น การรับประทานอาหาร ชนิดของการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความเหนื่อยมากก็จะมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการเหนื่อยล้ามากขึ้น เป็นต้น สถานการณ์สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความร้อน ความชื้น เสียงดังรบกวน แสงสว่างและคุณภาพอากาศ

การเกิดอาการไม่สบายอาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยทั้ง 3 ประการร่วมกัน หรือมีสาเหตุมาจากปัจจัยเพียง 2 ประการหรือเพียงปัจจัยเดียว คนส่วนใหญ่สามารถบอกหรืออธิบายปัจจัยทางด้านร่างกายได้เหมือนกัน แต่ปัจจัยที่จะทำให้เกิดความแตกต่างของอาการคือ ปัจจัยทางด้านจิตใจหรือปัจจัยทางด้านสถานการณ์ และอาการไม่สบายเปลี่ยนแปลงได้หากมีการเปลี่ยนปัจจัย เช่น มารดาหลังคลอดที่มีความลำบากในการเลี้ยงทารกจะมีความเหนื่อยล้าน้อยหากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการช่วยเหลือดูแลทารก ในทางกลับกัน หากคนที่เคยช่วยเหลือดูแลไม่สามารถช่วยต่อไปได้ต้องดูแลตามลำพัง ความเหนื่อยล้าก็จะมากขึ้น (Lens et al., 1997)

เมื่อเกิดอาการไม่สบายผลที่ตามมาจะกระทบต่อสมรรถนะของร่างกาย (performance) ทำให้สมรรถนะของร่างกายลดลงในด้านต่างๆต่อไปนี้ คือ 1) ด้านความสามารถในการทำงานตามบทบาท เช่น กิจกรรมทางสังคมลดลง 2) ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น การทำกิจกรรมทางด้านร่างกายลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และ 3) ด้านการรับรู้ เช่น การมีสมาธิในการคิดลดลง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาลดลง

จากที่กล่าวมาพอจะสรุปได้ว่ากรอบแนวคิดของ The Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS) มีแนวคิดหลัก 3 ประการ คือ 1) อาการไม่สบายเป็นอาการเฉพาะบุคคล 2) อาการนั้นปรากฏขึ้นเมื่อมีปัจจัยมากระทบอาจจะปรากฏเพียงอาการเดียวหรืออาจเกิดขึ้นร่วมกับอาการอื่นก็ได้ และ 3) มีผลต่อสมรรถนะในการทำหน้าที่ทั้งทางด้านร่างกาย การรับรู้ และทางด้านการทำหน้าที่ ดังแสดงได้ในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Middle-range theory of unpleasant symptoms

แหล่งที่มา : Collaborative development of middle -range nursing theories: Toward a theory of unpleasant symptoms. By Lens , Suppe , Gift, Pugh, Milligan. (1995).Advances in Nursing Science.1-13.

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

ทฤษฎี The theory of unpleasant symptoms เป็นทฤษฎีที่นำไปใช้อธิบายถึงอาการต่างๆ รวมทั้งอาการเหนื่อยล้า และได้นำไปศึกษาพัฒนารูปแบบหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความเหนื่อยล้ากับการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด ซึ่งในหญิงหลังคลอดจะมีบทบาทในการดูแลบุตร และไม่ได้อยู่ในภาวะความเจ็บป่วยจึงเปรียบเสมือนบทบาทของญาติผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีนี้มาประกอบแนวคิดในการศึกษาความเหนื่อยล้า และปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไทรอยด์สุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และนำปัจจัยทั้ง 3 ประการในทฤษฎีนี้มาอธิบายถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลดังนี้ คือ

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย

ปัจจัยทางด้านร่างกายของญาติผู้ดูแลที่นำไปสู่ความเหนื่อยล้า เกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมในการดูแลเพิ่มมากขึ้นจากกิจกรรมเดิมที่ทำอยู่เป็นประจำและใช้เวลานาน อย่างเช่นในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม นอกจากจะต้องดูแลกิจวัตรประจำวันให้แก่ผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย การดูแลเรื่องอาหารและน้ำดื่ม การดูแลเรื่องยาและอาการเปลี่ยนแปลงแล้ว ญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลในเรื่องการเดินทาง ไปรับการตรวจ การรักษา หรือการไปฟอกเลือด ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถไปเองได้หรือมีอาการแทรกซ้อนหลังฟอกเลือดบ่อยๆซึ่งแต่ละครั้งต้องใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 4 ชั่วโมง ทำให้ต้องออกแรงและใช้เวลาในการช่วยเหลือการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ ญาติผู้ดูแลอาจเกิดความเจ็บป่วยเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดได้ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง (Lubkin & Payne, 1998 อ้างใน ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547) และจากการที่ร่างกายมีกิจกรรมมากและยาวนานเกินไป ทำให้ระบบการทำงานที่ต่างๆของร่างกายไม่เป็นปกติ ร่างกายมีการสูญเสียพลังงานเพิ่มมากขึ้น มีการดึงพลังงานที่สะสมมาใช้ ทำให้ระดับพลังงานในร่างกายลดลง มีการสะสมของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (Piper, 1993) ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลจึงจัดเป็น ปัจจัยทางด้านร่างกาย ในการศึกษาครั้งนี้

การให้ความหมายของคำว่าสุขภาพมีแตกต่างกันไป อย่างเช่น แนวคิดของสุขภาพตามแนวคิดของ สมิธ (Smith, 1983 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) พบว่า มีอยู่ 4 แนวคิด คือ 1) แนวคิดทางด้านคลินิก ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการ อาการแสดงของโรคและความพิการต่างๆ 2) แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท สุขภาพหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำตามบทบาทตามที่สังคมกำหนดไว้ครบถ้วน เช่น ความสามารถในการทำงาน

3) แนวคิดทางด้านการปรับตัว สุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด การเกิดโรคแสดงถึงความล้มเหลวในการปรับตัว และ 4) แนวคิดทางด้านยูไดโมนิสติก เป็นภาวะที่บรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิตตนเอง สุขภาพจึงหมายถึง การพัฒนา สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ความเจ็บป่วยจะเป็นตัวขัดขวางไม่ให้บุคคลนั้นพัฒนาไปถึงจุดสูงสุดในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลไว้หลายท่านเช่น ทฤษฎีการดูแลของวัตสัน (Watson's philosophy and science of caring theory) ภาวะสุขภาพ คือ ความอยู่ดีทางกายภาพ จิตใจ ไม่ใช่แค่ไม่มีโรค หรือความพิการเท่านั้น แต่จะรวมถึงการทำหน้าที่สูงสุด การปรับตัวที่เหมาะสมเพื่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ภาวะสุขภาพเป็นภาวะภายในจิตใจของคน ทุกคนต้องกำหนดภาวะสุขภาพของตนเองได้ (ฟาริดา อับราฮิม, 2546) และจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) สุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์ และสามารถที่จะทำหน้าที่ของตนได้ การดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

จากแนวคิดต่างๆที่กล่าวมาพอจะสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของร่างกายที่ปราศจากโรค และความพิการ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ปฏิบัติตนตามบทบาทและหน้าที่ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข การเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ จะเป็นอุปสรรคให้บุคคลนั้นไม่สามารถปฏิบัติตนได้ตามหน้าที่และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งแต่ละคนจะมีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองแตกต่างกันไป ตามประสบการณ์ วิถีชีวิต วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ การประเมินภาวะสุขภาพของแต่ละคนจึงแตกต่างกันไปด้วย การประเมินภาวะสุขภาพเป็นการประเมินในเวลาที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจง และประเมินในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นการบ่งบอกเกี่ยวกับการทำหน้าที่และโครงสร้างของบุคคลในเวลานั้น (พร้อมจิตกร ห่อนบุญนิยม, 2541)

สำหรับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับบทบาทในการดูแลเพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีอยู่ สุขภาพของญาติผู้ดูแล ตามแนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท จึงหมายถึงความสามารถในการปฏิบัติตนตามบทบาทครบถ้วน เช่น ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ถ้าหากญาติผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วย หรือได้รับผลกระทบใดๆก็ตามที่ทำให้เกิดความล้มเหลวในการทำหน้าที่ในบทบาทนั้น ก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลต้องหยุดบทบาทนั้นลงหรือปฏิบัติตามบทบาทนั้นได้ไม่ดีนัก ญาติผู้ดูแลอาจจะต้องหยุดงานหรือนอนพัก ซึ่งจะส่งผลต่อตัวของญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยได้

การที่ญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมในการดูแลมากและยาวนานเกินไป ทำให้ร่างกายมีการสูญเสียพลังงานเพิ่มมากขึ้น มีการดึงพลังงานที่สะสมมาใช้ มีการสะสมของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้นและมีผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพและนำไปสู่ความเหนื่อยล้า และถ้าญาติผู้ดูแลมีความเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง เมื่อมีภาวะที่รบกวนต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของญาติผู้ดูแล เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะเครียด และนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ ในที่สุด (ภาวนา กิริติยวงศ์, 2546) การดูแลจึงมีผลต่อ ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (Iconomou, Viha, Kalofonos & Kardamakis, 2001) และภาวะสุขภาพเป็นตัวทำนายประสิทธิภาพ ต่อการให้การดูแลทางด้านลบที่ดีที่สุด (Pohl, Given, Collins & Given, 1994) จึงได้นำภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมาเป็นตัวทำนายความเหนื่อยล้าในการศึกษาครั้งนี้

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ปัจจัยทางด้านจิตใจ บทบาทการเป็นผู้ดูแลจะทำให้เกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ด้านลบ (Given et al., 1990) จากการเพิ่มบทบาทในการดูแลและความต้องการในการดูแลที่ไม่สามารถคาดคะเนได้ เนื่องจาก ความคิด สติปัญญาและพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง หรือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่บางครั้งต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคอย่างฉับพลัน เช่น อาการเหนื่อยจากภาวะยูรีเมีย เป็นต้น ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากไม่สามารถวางแผนให้ความช่วยเหลือล่วงหน้าได้ จะมีความกังวล ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ไม่รู้ว่าจะต้องดูแลนานเท่าใด และในบางครั้งจะรู้สึกขัดแย้งในความคิดของตนเอง เช่น อยากจ้างผู้อื่นดูแลแทนแต่ไม่สามารถจ้างได้ ไม่ได้รับผลตอบแทนจากการดูแล ไม่มีใครเห็นคุณค่าจากการดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างที่ตั้งใจทำให้รู้สึกผิด นอกจากนี้ยังต้องประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกขัดแย้งในบทบาท รู้สึกสูญเสียคุณค่าของตนเอง โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลหญิงจะรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวเองมากกว่าชาย ญาติผู้ดูแลที่อายุน้อยจะรู้สึกสูญเสียมากกว่าญาติผู้ดูแลที่อายุมาก และญาติผู้ดูแลที่มีบทบาทหลายอย่างจะรู้สึกสูญเสียความเป็นตนเองมาก นอกจากนี้ยังรู้สึกโศกเศร้า รู้สึกโกรธ ขุ่นเคืองง่าย เกิดความเบื่อหน่ายต่อตนเองและเบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์, 2547). ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล และความซึมเศร้า (Iconomou, et al., 2001; Jensen & Given, 1991) ซึ่งจะเป็นตัวสนับสนุนทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายและมักพบได้บ่อยในญาติผู้ดูแลที่ประสบปัญหาความเหนื่อยล้ามานาน (Hart et al., 1990) ถ้าหากญาติผู้ดูแลมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอก็จะช่วยบรรเทาผลกระทบและความเจ็บป่วยที่เกิดจากความเครียดได้

(บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) แรงสนับสนุนทางสังคมจึงจัดเป็น ปัจจัยทางด้านจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้

จากการศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้ คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายว่าการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไวสส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม ประกอบด้วย ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น การได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือต่างๆ แรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งได้เป็น 6 ด้าน ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้มีโอกาสการดูแลผู้อื่น การได้รับการยกย่องว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี และการได้รับการชี้แนะ ซึ่งแตกต่างจาก คอบบ์ (Cobb, 1976) แบ่งชนิดแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางการยอมรับและมีคุณค่า การสนับสนุนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่วน นอร์เบค และคณะ (Norbeck et.al., 1981) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและการเงิน และการสนับสนุนทางด้านความคิดและการกระทำ เชฟเฟอร์ คอยเน่ และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เงินทองและการบริการ และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร

จากความหมายและชนิดของแรงสนับสนุนที่กล่าวมา สรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลได้รับความรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม ได้รับความเอาใจใส่ ช่วยเหลือ ทั้งในด้านสิ่งของ เงินทอง อารมณ์ความรู้สึก ข้อมูลข่าวสารและบริการ โดยได้รับความช่วยเหลือจาก สมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์

แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงกับสุขภาพ จากการที่ได้รับความช่วยเหลือ ทำให้บุคคลมีความมั่นคงกับอารมณ์ และตระหนักในการมีคุณค่าของตนเอง มีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันและระบบฮอร์โมนในร่างกาย บุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีภาวะสุขภาพและความผาสุกดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนน้อยกว่า แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์ทั้งทางด้านบวก และทางด้านลบ ภาวะอารมณ์ทางด้านบวก จะทำให้ผู้ที่ได้รับแรง

สนับสนุนทางสังคมตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด ภาวะอารมณ์ทางด้านลบแต่ถ้าได้รับแรงสนับสนุนมากเกินไปจะทำให้รู้สึกว่าการพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Wang, 1998) และจากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ผู้ดูแลต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผลที่ตามมาจากการบาดเจ็บศีรษะร้อยละ 38 ต้องการคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย และวิธีการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติร้อยละ 31 และต้องการความช่วยเหลือทางการเงินร้อยละ 28 (Acorn, 1992) ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแลมาเป็นตัวทำนายความเหนื่อยล้า

3. ปัจจัยทางด้านสถานการณ์

ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ตามทฤษฎีนี้ หมายถึงลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม ทางด้านเศรษฐกิจ และรวมไปถึงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยมีผลกระทบทางการเงิน เนื่องจากการดูแลทำให้ต้องใช้เงินส่วนที่สะสมไว้ และถ้ามีรายได้น้อยต้องแบ่งส่วนมาใช้จ่ายในการรักษามาก ทำให้การมีเงินใช้จ่ายไม่สะดวก (Iconomou et al., 2001; Pohl, Given, Collins, & Given, 1994) นอกจากนี้ภาระในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เวลาพักผ่อน การเงิน ตารางเวลาในแต่ละวัน (Iconomou et al., 2001) เนื่องจากระดับของความต้องการในการดูแล และปริมาณภาระงานที่ต้องทำมากขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลถูกจำกัดการมีส่วนร่วมในสังคมมากขึ้น (Miller & Montgomery, 1990) ญาติผู้ดูแลไม่มีเวลาสำหรับกิจกรรมส่วนตัว ไม่มีเวลาให้กับครอบครัวของตนและคนอื่นๆ โคลด์แมน (Coleman, Piles, & Poggengoel, 1994) ศึกษาผลกระทบในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาความจำเสื่อม พบว่าผู้ดูแลมีสัมพันธภาพกับเพื่อน เพื่อนบ้านลดลงร้อยละ 69 ถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 67 และมีข้อจำกัดในการเข้าสังคม ร้อยละ 42 นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลต้องเปลี่ยนแปลง การทำงาน หุยงานบ่อย กลับบ้านก่อนเวลาเหนื่อยล้าที่จะทำงาน และถ้ายังขาดแหล่งบริการชุมชน หรือผู้ที่ช่วยเหลือ หรือแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเหมือนถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม และเหงา ห่างเหินจากญาติและเพื่อน ทำให้พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ภาระในการดูแลจึงจัดเป็น ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ในการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดเกี่ยวกับภาระในการดูแลมีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ ดังเช่น ไคลน์ (Klein, 1989 อ้างใน Boonluk, 2005) ให้คำจำกัดความไว้ว่าภาระในการดูแลเป็นการรวมกันระหว่างภาระหน้าที่

กับแรงกดดัน และการประเมินระดับภาระในการดูแล ขึ้นอยู่กับการมีศีลธรรม จริยธรรม และรูปแบบความเครียดของญาติผู้ดูแลแต่ละคนด้วย ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ผู้ดูแลจะบ่งบอกถึงผลของกิจกรรมการดูแลทั้งในด้านบวกและด้านลบ และภาระในการดูแลจะเป็นตัวชี้วัดที่ดีของความเครียด มอนต์โกเมอรี (Montgomery et al., 1985) ให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ไว้ว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึก ที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเคียดแค้น ความยากลำบากในการดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 มิติ มิติที่ 1. ภาระเชิงปรณัย เป็นสถานะการณ์ที่เห็นได้ชัดเจน เป็นความยากลำบากที่เกิดจากหน้าที่ความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตคือ ทำให้มีเวลาส่วนตัวลดลง มีอิสระลดลง มีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลงและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ มิติที่ 2 ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง จากสถานะเดิมของผู้ป่วย เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ทศนคติ และความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เช่น ความทุกข์ใจ ความกังวลใจ ความรู้สึกถูกผู้ป่วยพึ่งพา ภาระการดูแลทั้ง 2 มิตินี้จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกไร้ภาระหนัก ส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแล โอเบิสท์ (Oberst, 1991 อ้างใน ปิ่นเพชร โพธิ์กุลสัย, 2540) ให้ความหมายของ ภาระการดูแลว่า เป็นปริมาณความต้องการการดูแล และความยากลำบากในการดูแล ความต้องการในการดูแล ได้แก่ การนำแผนการรักษาของแพทย์ไปปฏิบัติ การเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย การดูแลผลของความเจ็บป่วย อาการข้างเคียงจากยาและการรักษา การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นโดยทั่วไป การส่งเสริม ประคับประคองภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย ตลอดจนการมาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ และเพื่อติดตามผลการรักษา (ปิ่นเพชร โพธิ์กุลสัย, 2540)

กิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการการดูแล และญาติผู้ดูแลต้องทำให้แก่ผู้ป่วยบางอย่างเป็นกิจกรรมที่ไม่เคยทำ และไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นงานที่ยากลำบากต้องใช้พลัง เวลา และความพยายามมาก ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีปัญหาทางสุขภาพรุนแรงมาก ต้องการการดูแลและการพึ่งพามากขึ้นก็ยิ่งมีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาระในการดูแล (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539; Carey et al., 1991) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีกิจกรรมการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน ปริมาณความต้องการในการดูแลนั้นสามารถวัดได้ แต่ความยากลำบากในการดูแลไม่สามารถวัดได้แน่นอนเพราะเป็นความรู้สึกของแต่ละคน ภาระในการดูแลจึงมีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ซึ่งเป็นผลจากการให้การดูแล (Lynch-Sauer, 1990)

สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีกิจกรรมการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน (ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) ปริมาณเวลาที่ใช้ในการดูแลแต่ละวัน ก็มีอิทธิพลต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (haveman et al., 1997 อ้างใน ชูชื่น ชีวพูนผล, 2541) เช่นกัน เนื่องจากญาติผู้ดูแลต้องให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งกิจกรรมในการดูแลบางกิจกรรมก็มีความยากลำบากในการดูแล และบางกิจกรรมก็ต้องใช้เวลา กิจกรรมที่ต้องให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่

1. การดูแลอาการทางด้านร่างกาย

1.1 ญาติผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังอาการและสังเกต อาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในระบบต่างๆ ของร่างกายของผู้ป่วย เช่น การมีเลือดออกในทางเดินอาหาร อาการเหนื่อยจากน้ำท่วมปอด อาการซึม สับสน แขนขาอ่อนแรง มีอาการชาและกระตุก การขาดสารอาหาร ผิวหนังแห้ง คัน (วัลลา ตันตโยทัย และ ประคอง อินทรสมบัติ, 2543; วาทีณี ศรีไทย, 2548) บางอาการที่เกิดขึ้น ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้ไม่ลำบาก เพียงแต่ดูแลให้ร่างกายได้รับความสุขสบาย เช่น เกิดอาการคัน อาจบรรเทาด้วยการทาโลชั่น การขาดสารอาหารสามารถดูแลด้วยการจัดอาหารให้เหมาะสมและเพียงพอ แต่ในบางอาการ เช่น อาการหอบเหนื่อยจากภาวะยูรีเมีย เหนื่อยจากภาวะน้ำท่วมปอดหรือหัวใจล้มเหลว อาการสับสน อาการเลือดออกง่าย อาการเหล่านี้เป็นอาการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้หากได้รับการรักษาไม่ทัน การที่จะป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจนเข้าสู่ภาวะที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้ที่จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการและฝึกสังเกตอาการนำก่อนที่จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตราย อาจต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการตรวจ เช่น การใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิต ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลเพิ่มมากขึ้น

1.2 ญาติผู้ดูแลต้องช่วยผู้ป่วยดูแลเส้นเลือดที่ใช้สำหรับการฟอกเลือด เนื่องจากเส้นเลือดที่ใช้ในการฟอกเลือดเป็นเส้นเลือดที่ เชื่อมต่อกันระหว่างหลอดเลือดแดงเข้ากับเส้นเลือดดำ ญาติผู้ดูแลจะต้องช่วยเตือนผู้ป่วยให้ออกกำลังฝ่ามือ (hand grip exercise) โดยวิธีกำลูกบอลเล็กๆ กำ แบ วันละบ่อยๆ ช่วยระวังแขนหรือขาที่ตัดต่อเส้นเลือดไปกระทบกระแทกของแข็ง ระวังระวังห้ามไม่ให้มีการเจาะเลือด หรือวัดความดันเลือด ดูแลไม่ให้มีการแทงเข็มเพื่อให้น้ำเกลือหรือให้ยา แขนที่มีเส้นเลือดนี้อยู่ เมื่อฟอกเลือดเสร็จแล้วแต่ละครั้งญาติผู้ดูแลต้องช่วยสังเกตว่ามีเลือดซึมออกจากเส้นเลือดที่ฟอกเลือดหรือไม่ ถ้ามีต้องพากลับมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด และดูแลแกะผ้าที่กดเลือดไว้หลังจากที่ฟอกเลือดแล้วภายใน 6 ชั่วโมง

1.3 ญาติผู้ดูแลช่วยในการดูแลการปฏิบัติตัวก่อนมาฟอกเลือด ในรายที่ญาติผู้ดูแลจัดยาให้ผู้ป่วย ดูแลลดความดันก่อนมาฟอกเลือด 4-6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะความดันเลือดต่ำขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ยาอื่นๆสามารถจัดให้รับประทานได้ตามปกติ ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด หรือมีสีดำ อุจจาระเป็นเลือดหรือมีสีดำ มีประจำเดือน หรือมีบาดแผล ญาติจะต้องแจ้งให้แพทย์และพยาบาลทราบทันที

1.4 ญาติผู้ดูแลต้องช่วยดูแลเรื่องอาหาร และน้ำดื่ม ที่มีข้อจำกัดมากมาย ทั้งอาหาร เมาหวาน การจำกัดโปรตีน อาหารที่มีฟอสเฟต โซเดียม และเครื่องดื่มต่างๆ ญาติผู้ดูแลต้องเรียนรู้หลักในการทำอาหารให้กับผู้ป่วย ที่แตกต่างจากอาหารของคนที่ไม่เป็นโรคไต ซึ่งรสชาติจะแตกต่างกัน ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องจัดอาหารเป็น 2 ชุด สำหรับคนในครอบครัว เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับญาติผู้ดูแล มีความยากลำบากในการดูแลและใช้เวลาในการดูแลเพิ่มมากขึ้น

1.5 ญาติผู้ดูแลช่วยดูแลเรื่องการออกกำลังกาย ไม่ให้ผู้ป่วยออกแรงมาก จัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ดูแลไม่ให้เล่นกีฬาที่ออกแรงมาก เพราะจะทำให้เหนื่อยมาก ใจสั่นได้ นอกจากนี้ยังต้องดูแลระมัดระวังการพลัดตกหกล้มระหว่างการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมการดูแลที่ต้องใช้เวลาร่วมกับผู้ป่วย

1.6 ญาติผู้ดูแลช่วยดูแลความสุขสบายและรักษาความสะอาดของร่างกาย ทั้งในเรื่องการขับถ่าย และการดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลและมีความยากลำบากมากขึ้น

2. การดูแลทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะมีความวิตกกังวลซึมเศร้า เครียด และหงุดหงิดง่าย (กานดา ออประเสริฐ, 2537; ธนันดา ตระการวานิช, 2542; วณิษา พึ่งชมภู, 2549) ญาติผู้ดูแลจึงต้องเข้ามาช่วยจัดการดูแลให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ต้องช่วยปลอบใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ในบางรายที่ผู้ป่วยเคยมีบทบาททางครอบครัวที่มีอำนาจมากกว่าญาติผู้ดูแล อาจไม่รับฟังหรือไม่ให้ความร่วมมือในดูแลตนเอง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ การสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง และเส้นผมทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจ ไม่อยากเดินทางไปไหน ทำให้มีเวลาไปพักผ่อนกับครอบครัว สัมผัสกับเพื่อนหรือญาติ น้อยลง (สุจิตรา ลิ่มอานวยลาก, 2539) หรือหากต้องการไปพักผ่อนก็ไม่สามารถไปได้นานหลายวัน เนื่องจากจะต้องกลับมาฟอกเลือดตามกำหนด และไม่สะดวกในการเตรียมตัวเมื่อต้องไปต่างจังหวัด ญาติผู้ดูแลจึงต้องเข้ามาช่วยจัดการในการวางแผน และการเดินทาง ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพักผ่อนกับครอบครัว จัดสรรเวลาให้พบปะเพื่อนฝูง จัดเตรียมอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกสบายระหว่างการเดินทางดูแลในส่วนนี้ จึงเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับญาติผู้ดูแลมากขึ้น มีการศึกษาพบว่าความต้องการการดูแลเรื่องการให้

การสนับสนุนทางด้านการจิตใจให้กับผู้ป่วย เป็นความต้องการการดูแลที่มากที่สุดและมีความยากลำบาก (Carey et al., 1991)

3. การดูแลทางด้านเศรษฐกิจ การรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทำให้เสียค่าใช้จ่ายมาก นอกจากค่าฟอกเลือดแล้วยังมีค่ายาทั้งยากินและยาฉีด ซึ่งผู้ป่วยอาจมีเงินไม่เพียงพอในการรักษาจำเป็นต้องพึ่งพาญาติให้เข้ามาดูแลในส่วนนี้ และค่าใช้จ่ายอื่นๆที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของโอเบิร์ต และคณะ (Oberst et al., 1989) พบว่า ร้อยละ 83 ของญาติผู้ดูแลมีฐานะอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษาของวิภา วิเสโส (2545) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ถ้าหากญาติผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอหรือไม่มีแหล่งสนับสนุนทางการเงินจากแหล่งอื่น ญาติผู้ดูแลก็ต้องหารายได้ให้เพิ่มมากขึ้นให้ญาติผู้ดูแลมีภาระในการดูแลและมีความยากลำบากในการดูแลเพิ่มมากขึ้นด้วย

4. การดูแลในเรื่องการเดินทางให้ผู้ป่วยไปรับการฟอกเลือด ไปรับการตรวจ ตามกำหนด ซึ่งในการดูแลพาผู้ป่วยเดินทางไปฟอกเลือดแต่ละครั้งต้องใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 4 ชั่วโมง ญาติผู้ดูแลอาจต้องหยุดงาน หรือเดินทางไปส่งแล้วมารับกลับ เป็นการเพิ่มภาระงาน ใช้เวลาและมีความยากลำบากในการดูแล

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการดูแลญาติ บางกิจกรรมต้องใช้เวลาและยากลำบากในการดูแล ทำให้มีผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลในการทำหน้าที่ตามบทบาท จึงนำภาระการดูแล มาเป็นตัวทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้แก่ปัจจัยทางด้านร่างกาย ตัวแปรที่นำมาศึกษาคือ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางด้านการจิตใจ ตัวแปรที่นำมาศึกษา คือ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ตัวแปรที่นำมาศึกษาคือ ภาระการดูแล

การประเมินความเหนื่อยล้า

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้าสรุปได้ 2 ประเภท คือ การประเมินความเหนื่อยล้าจากความรู้สึกรู้สึกของบุคคล และการประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกตพฤติกรรม

1. การประเมินความเหนื่อยล้าจากความรู้สึกรู้สึกของบุคคล เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าตามการรายงานความรู้สึกของบุคคลที่ถูกประเมิน ได้แก่ ความรู้สึกว่าร่างกายอ่อนเพลีย อ่อนแรง เชื่องซึม ไม่มีแรงหรือรู้สึกว่าจะเกิดความผิดปกติ เกิดความไม่สบายใจ ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หรือมีความต้องการการพักผ่อน แบบวัดที่ใช้ในลักษณะนี้ ได้แก่ แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al., 1998 อ้างใน วาทีนิ ศรีไทย, 2548)) แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ ลี ฮิก และนิโนเมอร์เซีย (Lee, Hicks, & Nino-Murcia, 1991) และแบบวัดความเหนื่อยล้าของ มิลลิแกน (Milligan et al., 1997) แต่ละแบบวัดมีลักษณะดังนี้

1.1 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (Piper et al., 1998 อ้างใน วาทีนิ ศรีไทย, 2548) เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นมาตรวัด ประกอบด้วย ข้อคำถาม 42 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ระยะเวลา 2) ความรุนแรง 3) การรับรู้ และ 4) ความรู้สึก ซึ่งได้นำไปประเมินความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านมที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 50 ราย มีค่าความสอดคล้องภายใน .85 ต่อมาไปเปอร์ ได้ปรับแบบประเมินเหลือเพียง 27 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงคุณภาพ และมาตรวัดระดับความเหนื่อยล้าที่เป็นตัวเลข แบบประเมินที่ปรับใหม่นี้ใช้ประเมินความเหนื่อยล้าใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านพฤติกรรม โดยเน้นถึงระดับความทุกข์ทรมาน การรบกวนประสิทธิภาพในการทำงาน ความสามารถในการพบปะพูดคุย หรือมีกิจกรรมในสังคม การถูกรบกวนในชีวิตทางเพศ ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมอันเป็นผลมาจากความเหนื่อยล้าในขณะนั้น 2) ด้านการรับรู้ความหมาย เป็นการให้ความหมายความเหนื่อยล้าที่กำลังประสบอยู่ 3) ด้านความรู้สึก เป็นคำถามที่เน้นถึงความรู้สึกในขณะนั้น ประกอบด้วยความรู้สึกแข็งแรง ความตื่นตัว ความมีชีวิตชีวา ความสดชื่น ความมีพลัง และความอดทน และ 4) ด้านสติปัญญาและอารมณ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกผ่อนคลาย ร่าเริง ความสามารถในการรวบรวมสมาธิ ความสามารถในการจดจำสิ่งต่างๆ และความสามารถในการคิด ไปเปอร์ และคณะ (Piper et al., 1998) นำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .97

1.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของ ลี ฮิก และนิโนเมอร์เซีย (Lee et al., 1991) เป็นแบบประเมินความเหนื่อยล้า ที่มีลักษณะเป็นมาตรวัด (visual analog scale for fatigue) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินด้านพลังงาน 5 ข้อ และข้อคำถามเพื่อประเมินความเหนื่อยล้า 13 ข้อ ผู้สร้างเครื่องมือนี้นำไปใช้ ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ของการนอนหลับ จำนวน 57 ราย และผู้มีสุขภาพดี จำนวน 75 ราย พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .91- .96

1.3 แบบวัดความเหนื่อยล้าของ มิลลิแกน (Milligan et al., 1997) (The Modified Fatigue Symptoms Checklist, MDSC) เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจาก The Fatigue Symptom Checklist (FSC) ของ Yoshitake เป็นการวัดทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีสุขภาพดี ไม่ได้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย และพัฒนามาใช้ในหญิงหลังคลอดบุตร แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ เดิมแบ่งคะแนนระหว่าง 0-30 0 คะแนนคือ ไม่มีความเหนื่อยล้า 30 คะแนน คือ มีความเหนื่อยล้ามากที่สุด ต่อมาพัฒนาสเกลเป็นแบบ 4 ระดับ คะแนนต่ำสุดคือ 30 มีความเหนื่อยล้า น้อย คะแนนสูงสุดคือ 120 มีความเหนื่อยล้ามาก เมื่อนำมาใช้ทดสอบหาความเชื่อมั่นในหญิงหลังคลอด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .94

2. การประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกตพฤติกรรม เป็นการประเมินความเหนื่อยล้าจากพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งผู้ประเมินสามารถสังเกตเห็นได้จากผู้ถูกประเมิน เช่น พฤติกรรมง่วงนอนตลอดเวลา มีความสนใจและแรงจูงใจลดลง หงุดหงิด เพิกเฉย ละเลยเรื่องต่างๆ ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ ความคล่องตัวลดลง ตอบคำถามด้วยประโยคสั้นๆ ไม่ต้องการพูดกับใคร หายใจตื้น อิดโรย แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกตพฤติกรรม ได้แก่ แบบประเมินความเหนื่อยล้าของโรเทน (Rhoten, 1982 อ้างใน วาทีนิ ศรีไทย, 2548) และผลจากการ ตรวจทางสรีรวิทยาและชีวเคมีเพื่อใช้เป็นข้อมูลร่วมกันในการประเมินความเหนื่อยล้า มีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของโรเทน (Rhoten, 1982 อ้างใน วาทีนิ ศรีไทย 2548) เป็นแบบประเมินที่สั้นและง่ายต่อการเข้าใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านลักษณะทั่วไป ได้แก่ ลักษณะทางกายภาพ ลักษณะสีผิว และการหายใจ ด้านการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ ด้านการแสดงออกทางสายตา ทางสีหน้าและการพูดกับบุคคลอื่น ด้านการมีกิจกรรม ได้แก่ การเคลื่อนไหว การเดิน ลักษณะท่าทาง และการรับประทานอาหารและน้ำ และด้านทัศนคติ ได้แก่ การแสดงความคิดเห็นกับบุคคลอื่น ซึ่งการประเมินทั้ง 4 ด้าน จะสังเกตจากปฏิกิริยา ของร่างกายหรือการกระทำที่แสดงออกมาตอบสนองต่อความเหนื่อยล้า แบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัด แต่ไม่ได้ทำการทดสอบในกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี ซึ่งพบว่า การใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้า จากการสังเกตพฤติกรรมนี้ ได้ผลไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง เนื่องจากผู้สังเกตมีความรู้สึกไม่ตรงกับความรู้สึกผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมความเหนื่อยล้า ทำให้ระดับความเหนื่อยล้าที่ประเมินได้มีค่าต่ำหรือสูงกว่าความรู้สึกที่แท้จริง

2.2 แบบประเมินความเหนื่อยล้าจากผลการตรวจทางสรีรวิทยา (Hanchenlaksh, 1999) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ การใช้ออกซิเจน อุนหภูมิ ร่างกาย ระดับ hematocrit การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท คลื่นไฟฟ้ากล้ามเนื้อ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับ

สอร์โมนัชรอยด์ ระดับอิเล็กโตรลิตส์ ผลการตรวจทางชีวเคมี ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของไฮโดรเจนไอออน ความเป็นกรดด่าง ระดับแลคเตทและระดับโพแทสเซียม ข้อมูลทางสรีรวิทยา และชีวเคมี สามารถนำมาใช้ประเมินความเหนื่อยล้า โดยใช้เป็นข้อมูลร่วมกับการประเมินความเหนื่อยล้าจากการสังเกตพฤติกรรมได้

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าที่ผ่านมาการประเมินความเหนื่อยล้าจะศึกษาใน 3 กลุ่มคือกลุ่มคนทำงาน กลุ่มหญิงหลังคลอดหรือดูแลบุตร กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มญาติผู้ดูแล ดังนี้

1. การศึกษาความเหนื่อยล้าในกลุ่มคนทำงาน ได้เริ่มทำการศึกษา โดย โยชิทาเกะ (Yoshitake, 1971, 1978 อ้างใน Milligan et al., 1997) เป็นการศึกษาพนักงานที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการทำงานทั้งกลางวัน กลางคืน และการทำงานเป็นกะทางร่างกายเช่น การปวดศีรษะ การปวดเมื่อยตามร่างกาย การมีแรงจูงใจในการทำงานลดลง ขาดสมาธิ ขาดความมั่นใจ โดยเป็นการศึกษาถึง ระดับความเหนื่อยล้า และปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าซึ่งผลการศึกษาพบว่าความเหนื่อยล้าเกิดจากการทำงานมากเกินไป และมีปัจจัยที่สนับสนุนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเช่น สภาพแวดล้อมในการทำงาน แสงสว่าง อุณหภูมิ ซึ่งการศึกษาของ โยชิทาเกะได้นำมาศึกษาในคนทำงานไม่เพียงแต่คนทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเท่านั้นแต่ยังนำข้อคำถามในแบบประเมินมาปรับใช้ศึกษาคนทำงานในกลุ่มอาชีพอื่นอีกด้วย เช่น พยาบาล (Ni, 1991) จากนั้นจึงพัฒนามาใช้ศึกษาในกลุ่มหญิงหลังคลอด ในกลุ่มหญิงคลอดบุตรหรือดูแลบุตร (Milligan et al., 1997)

2. การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรค multiple sclerosis เป็นต้น จะเป็นการศึกษา ระดับความเหนื่อยล้า สาเหตุของความเหนื่อยล้า การบรรเทาอาการ และการจัดการอาการเหนื่อยล้า โดยใช้กรอบแนวคิดของ ไพเปอร์ (Piper et al., 1993) และ Symptom management model (บุญมี แพร้งสกุล, 2545; วาทีนี ศรีไทย, 2548; Intajuk, 2001)

3. การศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่จะดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและต้องพึ่งพาญาติ จะเป็นการศึกษาหาระดับความเหนื่อยล้า เปรียบเทียบความเหนื่อยล้าในกลุ่มญาติผู้ดูแล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และตัวทำนายความเหนื่อยล้าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้สูงอายุ โดยใช้ แนวคิดของ ไพเปอร์ (Piper et. al, 1993) และ แนวคิด ประสพการณ์ความเหนื่อยล้า (Aaronsen, 1999)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย และมีบทบาทในการทำงานเช่นเดียวกับกลุ่มคนทำงานทั่วไป ได้ใช้แบบประเมินของ มิลลิแกน (Milligan, et. al, 1997) เป็นเครื่องมือในการวัดความเหนื่อยล้า และเครื่องมือนี้วัดความเหนื่อยล้าตามประสบการณ์ของแต่ละคน ซึ่งสอดคล้องตามกรอบแนวคิดของทฤษฎี theory of unpleasant symptoms ที่ใช้ในการศึกษานี้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลในครั้งนี้ ได้แก่

เจนเซนและกิฟเวน (Jansen & Given, 1991) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นญาติผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน และผลกระทบต่อตารางเวลาของการให้การดูแลกับความอ่อนล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 49 คน พบว่าปัจจัยด้านผลกระทบต่อตารางเวลาของการให้การดูแลมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า โดยมากกว่าร้อยละ 50 ของญาติผู้ดูแลมีความอ่อนล้าในระดับปานกลางถึงความรุนแรง

จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน (2536) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 80 คน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมและเพศ สามารถร่วมทำนายความเหนื่อยหน่ายทางอารมณ์ได้ร้อยละ 15.8

กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร(2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะในระชะพักฟื้น 50 คน พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความเหนื่อยล้าด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญาและความนึกคิดอยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวันและระดับความพิการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล และพบว่า ระดับความพิการของผู้ป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลได้

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ และผู้สูงอายุ การศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อย อาจเนื่องมาจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะช่วยทำให้ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายสามารถดูแลตนเองได้ จึงทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ถูกมองข้ามไป สิ่งสำคัญที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ต้องพึ่งพาญาติในด้านต่างๆ หลายด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ อาหาร และการเดินทาง ทำให้ญาติผู้ดูแลรับบทบาทมากขึ้นและนำไปสู่ความเหนื่อยล้าและความเหนื่อยล้าหากไม่ได้รับการประเมินและจัดการกับความเหนื่อยล้าจะนำไปสู่ความเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงอีกกลุ่มหนึ่งที่จะต้องให้ความสนใจ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ความเหนื่อยล้า และปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลในกลุ่มนี้โดยใช้กรอบแนวคิดของ The Theory of Unpleasant Symptoms (TOUS) (Lens et al., 1995) ซึ่งความไม่สุขสบายจากความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป ไม่เฉพาะแต่ผู้ที่มีความเจ็บป่วย และปัจจัยที่จะนำมาใช้เป็นตัวทำนายความเหนื่อยล้าคือ สุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้า ผู้ศึกษาใช้ The Fatigue Symptoms Checklist (FSC) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเหนื่อยล้าที่ตรงกับแนวคิดของความเหนื่อยล้าที่แสดงออกถึงความรู้สึกไม่สุขสบายทั่วไป ใช้ทดสอบกับคนที่ไม่ได้อยู่ในภาวะความเจ็บป่วย เป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย เมื่อนำไปใช้ทดสอบมีค่าความเที่ยงและความตรงเป็นที่ยอมรับ ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ให้เกิดความตระหนักและเข้าใจความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล และช่วยให้วางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมเพื่อช่วยลดความเหนื่อยล้าให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาถึงความเหนื่อยล้า ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลที่ดูแลและจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในเขตกรุงเทพมหานคร ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. หาข้อมูลสถานที่ที่มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมารับการฟอกเลือดในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีทั้งหมด 130 แห่ง แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มโรงพยาบาลรัฐบาล และรัฐวิสาหกิจ และกลุ่มมูลนิธิและศูนย์ต่างๆ ซึ่งจำนวนผู้มารับบริการมีตั้งแต่ 10 คน ถึง 200 คน ขึ้นไป

2. เลือกสถานบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมารับบริการเป็นประจำตั้งแต่ 50 คนขึ้นไป พบว่ามีโรงพยาบาลเอกชน 23 แห่ง โรงพยาบาลรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจ 3 แห่ง มูลนิธิและศูนย์ต่างๆ 4 แห่ง

3. นำรายชื่อของโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มมาเรียงลำดับ ตามจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ใน การดูแลจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด เมื่อได้รายชื่อแล้วเลือกโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยรับไว้ใน การดูแลมากที่สุดมาเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้ป่วยบางคนสามารถรับการฟอกเลือดเองได้ โดยไม่มีญาติมาด้วย โอกาสในการได้พบกลุ่มตัวอย่างจึงมีน้อยลง ดังนั้นจึงต้องเลือกโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยรับไว้ใน การดูแลมากกว่าโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยรับไว้ใน การดูแลน้อย เพื่อให้ได้มีโอกาสในการพบกลุ่มตัวอย่างได้มากขึ้น และเก็บข้อมูลโดยไม่ซ้ำคนเดิม โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนโรงพยาบาลมากกว่าจึงเลือกไว้ 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลพญาไท 3 เปิดบริการทุกวันวันละ 3 รอบ เวลา 6.00-11.00 น. 11.00-15.00 น. และ 15.00-20.00 น. มีจำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ย

60 คนต่อวัน และโรงพยาบาลหัวเฉียว เปิดบริการ 6 วันต่อสัปดาห์หยุดทุกวันอาทิตย์ โดยเปิดบริการวันละ 2 รอบ เวลา 7.00-11.00 น. และ 11.00-16.00 น. มีจำนวนผู้มารับการบริการเฉลี่ย 70 คนต่อวัน โรงพยาบาลรัฐบาลและรัฐวิสาหกิจเลือกมาเป็นตัวแทน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช เปิดบริการ 6 วันต่อสัปดาห์หยุดทุกวันอาทิตย์ โดยเปิดบริการวันละ 3 รอบ เวลา 6.00-11.00 น. 11.00-15.00 น. และ 15.00-20.00 น. ยกเว้นวันพุธเปิดบริการ 1 รอบ 6.00-10.00 น. และวันเสาร์เปิดบริการ 2 รอบ 6.00-10.00 น. และ 10.00-14.00 น. มีจำนวนผู้มารับการบริการเฉลี่ย 60 คนต่อวัน มูลนิธิและศูนย์ต่างๆ เลือกเป็นตัวแทน 1 แห่ง คือ มูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์ เปิดบริการ 6 วันต่อสัปดาห์หยุดทุกวันพุธ โดยเปิดบริการวันละ 3 รอบ เวลา 5.00-9.00 น. 10.00-14.00 น. และ 16.00-20.00 น. มีจำนวนผู้มารับการบริการเฉลี่ย 150 คนต่อวัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นญาติผู้ดูแลที่ดูแลและจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในเขตกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพญาไท 3 โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงพยาบาลศิริราช และมูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์

การเลือกตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่เป็นญาติผู้ดูแล โดยเก็บข้อมูลญาติผู้ดูแล 1 คน ต่อผู้ป่วย 1 คนเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ซ้ำคนเดิม และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เป็นญาติหรือผู้ดูแลหลัก อาจมีความสัมพันธ์ในฐานะใดฐานะหนึ่งกับผู้ป่วย เช่น คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนที่ดูแลรับผิดชอบ และเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยว่าเป็นญาติผู้ดูแลหลัก
2. เป็นผู้ที่ทำกิจกรรมการดูแล ในด้านต่างๆต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร การเดินทาง การรักษา และค่าใช้จ่าย โดยจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยโดยไม่รับค่าตอบแทนใดๆที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่นานพอที่จะเกิดความเหนื่อยล้า (กัญญรัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; Clark, 2002)
3. ญาติผู้ดูแลมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับรู้ บุคคล วัน เวลา และสถานที่ สามารถเข้าใจ พูดและเขียนภาษาไทยได้ รวมทั้งสามารถตอบแบบสอบถามได้ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (the set test) จะต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
4. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

ขนาดตัวอย่างและวิธีที่ใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากหลักเกณฑ์ การใช้สถิติถดถอยของ โพลิต และ เบค (Polit & Beck, 2003) กำหนดค่า effect size ในระดับปานกลาง เมื่อแทนค่าในสูตร เพื่อหาการประมาณค่าของ effect size แล้วได้เท่ากับ 0.149 เมื่อนำไปหากลุ่มตัวอย่าง

$$N = (L/Y) + K + 1$$

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

L = จากตารางแสดงค่าและอำนาจการทดสอบ (power)

K = จำนวนตัวแปรที่ใช้ในการทดสอบ

y = การประมาณค่าของ Effect size

แทนค่าได้ดังนี้ เมื่อ Power = .80 และ Alpha = 0.05 L = 10.90 y = 0.149 K=3

$$N = (10.90 / 0.149) + 3 + 1$$

$$= 77.1$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ 77 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % ดังนั้นในการวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ 85 คน

ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 คน แต่เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อและไม่สามารถติดต่อกลับได้ จึงทำให้แบบสอบถามนั้นไม่สมบูรณ์โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบไม่ครบถ้วนจำนวน 4 คน เป็นหญิง 1 คน เป็นชาย 3 คน ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ 78 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย (ภาคผนวก)

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

แบบทดสอบหมวดหมู่ (the set test) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ เพื่อเข้าร่วมในการทำวิจัย เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ไอแซคส์ และ อัคฮตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 อ้างใน บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550)

คุณลักษณะของเครื่องมือ

แบบทดสอบหมวดหมู่เป็นข้อคำถามให้ญาติผู้ดูแลเขียนชื่อของสี สัตว์ ผลไม้ จังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ เกณฑ์ การให้คะแนน คือ ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-40 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (normal cognitive status) มีสมรรถภาพสมองดี สามารถเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้

คุณภาพของเครื่องมือ

ไอแซคส์ และ เคนนี (Isaacs & Kennie, 1973 อ้างใน บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) ได้นำแบบทดสอบหมวดหมู่ไปใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองเสื่อม จำนวน 189 คน กลุ่มอายุ 65-74 ปี 75-84 ปี และอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จำนวน 35 คน 89 คน และ 65 คน ตามลำดับ พบว่า มีความสอดคล้องอย่างมากกับการวินิจฉัยทางคลินิก ผู้ที่มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน ทั้ง 146 คน ไม่มีภาวะสมองเสื่อมเลย ผู้ที่มีคะแนนระหว่าง 15-24 คะแนน จำนวน 21 คน เป็นผู้ที่มีสมองเสื่อม 6 คน ที่เหลือเป็นผู้ที่มีความหวาดระแวง วิดกกังวล ซึมเศร้า หรือ มีพยาธิสภาพทางร่างกาย ได้แก่ หัวใจล้มเหลว ต่อมามีเอส (Hays, 1984 อ้างใน บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) พยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ ได้นำแบบทดสอบนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุ มากกว่า 100 คน พบว่าผู้ที่ได้คะแนนมากจะได้คะแนนมากในทุกหมวด และผู้ที่ได้คะแนนน้อยก็จะได้ในทุกหมวดเช่นกัน ซึ่งแสดงถึงคุณภาพของเครื่องมือที่สามารถประเมินสมรรถนะสมองได้จริง คะแนนที่สูงหรือต่ำ ไม่ได้เกิดจากความใส่ใจเป็นพิเศษ หรือไม่ใส่ใจของผู้สูงอายุในเรื่องนั้นๆ แบบทดสอบนี้จึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการคัดกรองผู้สูงอายุ ที่สามารถใช้ได้ทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล นอกจากจะเป็นเครื่องมือที่มีความตรงดังกล่าแล้ว ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาในการทำแบบทดสอบสั้นๆ ไม่เกิน 5 นาที โดย อรุณี นาคะพงศ์ (2539) ได้นำไปใช้ทดสอบผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 131 คน พบว่าใช้เวลาในการทำแบบทดสอบ 2-5 นาที สุมนา แสนมาโนช (2541) ใช้กับผู้สูงอายุกระดูกสะโพก

หัก 40 คน ใช้เวลา ประมาณ 3 นาที ในการศึกษาเมื่อนำไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวน 16 คน ใช้เวลาประมาณ 2-3 นาที และมีญาติผู้ดูแล 1 คน ไม่ผ่านการทดสอบนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น

คุณลักษณะของเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และระยะเวลาที่ฟอกเลือด

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะการเงิน โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพหลังการดูแล การดูแลในด้านต่างๆ บุคคลที่สามารถช่วยเหลือในการดูแล และช่วยเหลือดูแลในด้านใดบ้าง

2.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพ ของญาติผู้ดูแล โดยให้ญาติผู้ดูแลประเมินตนเอง ว่า มีสุขภาพอยู่ในระดับใด

คุณลักษณะของเครื่องมือ

แบบประเมินภาวะสุขภาพเป็นเส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตร เกณฑ์การให้คะแนนเป็น visual analog scale ผู้วิจัยอธิบายให้ญาติผู้ดูแลทราบว่า ด้านซ้ายมือสุดของเส้นตรงหมายความว่า มีระดับภาวะสุขภาพไม่ดีเลยเป็น 1 คะแนน ส่วนด้านขวาสุดมีระดับภาวะสุขภาพดีมาก เป็น 100 คะแนน และให้ญาติผู้ดูแลขีดเส้นตัดลงไปที่เส้นวัดระดับภาวะสุขภาพในตำแหน่งที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่าเป็นระดับภาวะสุขภาพของตน เมื่อญาติผู้ดูแลประเมินเสร็จ ผู้วิจัยใช้ไม้บรรทัดอันเดียวกันวัดทุกชุดของแบบสอบถาม โดยความยาวจากจุดซ้ายสุดถึงจุดตัดบนเส้นวัดระดับภาวะสุขภาพ ใช้หน่วยวัดเป็นมิลลิเมตร ความยาวที่วัดได้หมายถึงระดับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ค่าคะแนนเต็ม 100 คะแนน นำคะแนนมาแบ่งเป็น 3 ระดับเท่าๆกัน ตามการอิงเกณฑ์ดังนี้

ระดับภาวะสุขภาพดีเล็กน้อย หมายถึง ค่าคะแนน 1-33

ระดับภาวะสุขภาพดีปานกลาง หมายถึง ค่าคะแนน 34-67

ระดับภาวะสุขภาพดีมาก หมายถึง ค่าคะแนน 68-100

2.3 แบบวัดภาระในการดูแล (Caregiving Burden scale) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาระในการดูแล สร้างโดยโอเบิร์ต (Oberts, 1991 อ้างใน ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย, 2540) ความต้องการการดูแลในแบบวัดของโอเบิร์ต เป็นการวัดความต้องการการดูแลโดยการประเมินการใช้เวลาในการทำกิจกรรมการดูแล และความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย (2540) ได้นำแบบวัดนี้มาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไตซึ่งรวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ผู้ดูแลจึงไม่จำเป็นต้องทำกิจกรรมการดูแลให้กับผู้ป่วยทุกกิจกรรม ซึ่งอาจทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินการใช้เวลาในการทำกิจกรรมการดูแลคลาดเคลื่อนและยากในการประเมินและไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควร โอเบิร์ต (1989) ได้หาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความต้องการการดูแล โดยพบว่าการพึ่งพาบุคคลอื่นของผู้ป่วย เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความต้องการการดูแลและความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแล และหมายถึงหากผู้ป่วยต้องการพึ่งพาผู้ดูแลน้อยผู้ดูแลก็มีความจำเป็นในการทำกิจกรรมนั้นน้อย และหากผู้ป่วยต้องการพึ่งพาผู้ดูแลมากญาติผู้ดูแลก็มีความจำเป็นในการทำกิจกรรมนั้นมาก ดังนั้น การวัดภาระในการดูแลจึงวัดจากความยากลำบากในการดูแล และความต้องการการดูแลแทนการประเมินการใช้เวลาในการดูแล แบบประเมินที่ ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย (2540) นำมาดัดแปลงนี้ได้ตรวจสอบและผ่านความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน ในการวิจัยนี้จึงวัดภาระการดูแลโดยวัดจากความต้องการการดูแล และความยากลำบากในการดูแลเช่นเดียวกัน

คุณลักษณะของเครื่องมือ

แบบวัดภาระในการดูแลประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยตรง 3 ข้อ การตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล 5 ข้อ และการตอบสนองความต้องการที่เป็นอื่นๆ 7 ข้อ แบบวัดนี้เป็นแบบมาตรา Likert scale มี 5 อันดับ โดยแต่ละข้อแยกวัดเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความต้องการการดูแล และความยากลำบากในการดูแล

การวัดความต้องการการดูแล เป็นการประเมินความความต้องการในการทำกิจกรรมการดูแลนั้น โดยแต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน 1 คะแนน = ความต้องการการดูแลในการทำกิจกรรมนั้นน้อยที่สุด 5 คะแนน = ความต้องการการดูแลในการทำกิจกรรมนั้นมากที่สุด การวัดความยากลำบากในการดูแล เป็นการประเมินความยากลำบากในการทำกิจกรรม โดยแต่ละข้อมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน 1 คะแนน = ยากลำบากน้อยที่สุด 5 คะแนน = ยากลำบากมากที่สุด

การคิดคะแนน คำนวณ โดย ในแต่ละข้อให้นำคะแนนความต้องการการดูแลคูณคะแนนความยากลำบากในการดูแลแล้วถอดกรณฑ์ที่สอง จากนั้นนำค่าที่คำนวณได้ทั้ง 15 ข้อมารวมกันได้เป็นคะแนนภาระในการดูแล ซึ่งมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 15-75 คะแนน คะแนนยิ่งมากหมายถึงยังมี

ภาระในการดูแลมาก เพื่อให้เห็นการกระจายของคะแนนภาระในการดูแลชัดเจนขึ้นจึงแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย, 2540)

15-30 คะแนน = มีภาระในการดูแลน้อย

31-59 คะแนน = มีภาระในการดูแลปานกลาง

60- 75 คะแนน = มีภาระในการดูแลมาก

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนามาจากแบบวัดภาระในการดูแลที่โอเบิร์ตและคณะ (Oberts et al., 1989) ได้สร้างขึ้นในระยะแรก มี 10 ข้อ และเพิ่มเป็น 14 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบ ความตรงเชิงโครงสร้าง และความตรงตามทำนาย พร้อมทั้งตรวจสอบความเที่ยงชนิดสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคความต้องการการดูแล และความยากลำบากในการดูแล เท่ากับ .88 และ .91 ตามลำดับ ต่อมาได้เพิ่มคำถามอีก 1 ข้อ เกี่ยวกับการติดต่อกับแพทย์และพยาบาล เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เป็นข้อคำถามที่ได้จากการเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยตอบแบบวัดนี้ แบบวัดชุดนี้ได้ถูกนำมาแปลเป็นไทยโดยสายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) และตรวจสอบความตรงเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากพยาบาลผู้ชำนาญการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 4 ท่าน และนำไปใช้ในญาติผู้ดูแลที่เป็นภรรยาของผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 104 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบวัดทั้งชุด เท่ากับ .77 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแต่ละองค์ประกอบย่อย ได้แก่ การดูแลโดยตรง เท่ากับ .69 การดูแลระหว่างบุคคล เท่ากับ .72 และการดูแลทั่วไป เท่ากับ .71 สมฤดี สิทธิมงคล (2541) นำไปใช้ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา จำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบวัดทั้งชุด เท่ากับ .71 และปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย (2540) นำไปใช้กับคู่สมรสของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต จำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ความต้องการการดูแล เท่ากับ .91 ตามลำดับ และความยากลำบากในการดูแล เท่ากับ .91 ตามลำดับ ในการศึกษาเมื่อ นำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 78 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคของแบบวัดทั้งชุด เท่ากับ .89

2.4 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของ นูญรอด คอนประเพ็ง (2549) ดัดแปลงมาจาก แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนที่ 2 (Social

Support Questionnaire Part II : SSQ Part II) ของ เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) และแรงสนับสนุนทางสังคมของ นอร์เบค (Norbeck Social Support Questionnaire) ซึ่งสร้างโดย นอร์เบคและคณะ (Norbeck et al., 1981) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมนี้เป็นแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคล 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว (คู่สมรส บิดา มารดา บุตร) กลุ่มบุคคลใกล้ชิด (ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน) และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ) ในแต่ละกลุ่มให้การสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2 ข้อ การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ 2 ข้อ และการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร 1 ข้อ

คุณลักษณะเครื่องมือ

แบบวัดนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า Likert scale มี 5 อันดับ จากการไม่ได้รับความช่วยเหลือเลย ให้ 0 คะแนน จนถึงได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มบุคคลนั้นมากที่สุด ให้ 4 คะแนน แต่ละกลุ่มมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนรวมจากทุกกลุ่มจะเป็นคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนรวมยิ่งมาก หมายถึง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมยิ่งมาก

คุณภาพเครื่องมือ

ความตรง (validity) นอร์เบคและคณะ (Norbeck et al., 1981 อ้างใน บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ และคณะ ไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค พบว่ามีความสัมพันธ์ขนาดปานกลาง ระหว่างด้านข้อมูลและด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .33, p < .05$ และ $r = .51, p < .01$ ตามลำดับ) การหาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981 อ้างใน วันเพ็ญ อังวัฒนศิริกุล, 2550) ได้นำแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 45-64 ปี จำนวน 100 วัดความสอดคล้องภายในด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา .81 .95 และ .31 ตามลำดับ และเมื่อทดสอบซ้ำหลังจากนั้น 9 เดือน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้านอารมณ์เท่ากับ .66 ($p < .001$) และด้านสิ่งของมีค่าเท่ากับ .56 ($p < .001$) สำหรับด้านข้อมูลไม่พบรายงาน แต่พบว่าด้านอารมณ์กับด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์กันสูง หลังจากนั้นนอร์เบคและทิลเดน เพิ่มข้อความการสนับสนุนด้านสิ่งของและหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ หาค่าความสอดคล้องภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .89 จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) นำมาดัดแปลงเป็นภาษาไทย ปรับข้อความ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 100 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์

คอนบราคอัลฟา เท่ากับ .86 ต่อมาได้มีการนำมาใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง ที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 87 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคอัลฟา เท่ากับ .85 (วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550) นำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 65 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคอัลฟา เท่ากับ .86 และจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ได้เท่ากับ .82, .76 และ .83 ตามลำดับ (บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) ใช้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พึ่งพา จำนวน 120 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์คอนบราคอัลฟา เท่ากับ .76 (บุญรอด ดอนประเพ็ง, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้ นำไปใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 78 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ .90

2.5 แบบสอบถามความเหนื่อยล้า (Modified Fatigue Symptoms checklist:MFSC)

สร้างโดย พิวส์ และคณะ (Pugh et al., 1997) เดิมแบบวัด The Fatigue Symptoms Checklist (FSC) ได้สร้างขึ้นมาโดย โยชิทาเกะ (Yoshitake) ในปี 1971 ซึ่งนำมาใช้วัดความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม ความเหนื่อยล้าในนักบิน พนักงานธนาคารชาวญี่ปุ่น สร้างข้อคำถามที่สัมพันธ์กับอาการ เป็นข้อคำถาม 30 ข้อ แต่ละข้อจะมีลักษณะคำตอบแบบใช่ และไม่ใช่ คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-30 และได้กลายเป็นแบบสอบถามพื้นฐานในการวัดความเหนื่อยล้าที่ใช้สำรวจในโรงงานอุตสาหกรรมที่ประเทศญี่ปุ่นการวิเคราะห์ข้อคำถาม จากการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 17,789 คน ใน 250 แห่ง พบว่าสามารถใช้ได้กับผู้ที่ทำงานในตอนกลางวัน ตอนกลางคืน และผู้ที่ทำงานเป็นกะ เมื่อนำไปทดสอบในผู้ที่ทำงาน 170 คน มีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) แต่เมื่อนำไปใช้ในชาวอเมริกันพบว่า มีความแตกต่างในด้านของภาษา และประสบการณ์ความเหนื่อยล้า การให้ความหมายความเหนื่อยล้าที่ต่างกัน สถานการณ์ที่ต่างกัน และไม่มีค่าคะแนนความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ชัดเจน จึงได้มีการดัดแปลงภาษาให้เหมาะสมต่อการใช้โดยพยาบาลสูติกรรม ต่อมา พิวส์ และ มิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) ได้นำเครื่องมือมาพัฒนาโดยปรับภาษาให้มีความสอดคล้องและเข้าใจง่าย โดยเปลี่ยนลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale เพื่อให้ง่ายต่อการแปลความหมายในการวัดระดับความเหนื่อยล้า เครื่องมือนี้เป็นที่นิยมใช้วัดระดับความเหนื่อยล้าในมารดาสุขภาพดีที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด นอกจากนี้ยังได้นำมาใช้วัดความเหนื่อยล้าในและสตรีสุขภาพดีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์อีกด้วย (Dzurce, Hoover, & Fields, 2002)

คุณลักษณะเครื่องมือ

แบบสอบถามความเหนื่อยล้า เป็นลักษณะข้อคำถามเป็น Likert scale 4 ระดับ โดยประเมินจากความรู้สึกที่ตรงกับความรู้สึกของญาติผู้ดูแลมากที่สุด มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะความเหนื่อยล้า 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายและจิตใจ คะแนนต่ำสุด คือ 30 ไปจนถึง

สูงสุดคือ 120คะแนนคะแนนน้อยหมายถึงมีความเหนื่อยล้าในระดับต่ำ คะแนนมากแสดงว่ามีความเหนื่อยล้าในระดับสูง เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ไม่รู้สึกเลยได้ 1 คะแนน รู้สึกบ้างบางครั้งได้ 2 คะแนน รู้สึกค่อนข้างบ่อยได้ 3 คะแนน รู้สึกบ่อยมากได้ 4 คะแนน เกณฑ์การคิดคะแนน โดยการนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนรวมทุกข้อ คะแนนมากมีความเหนื่อยล้ามาก

คุณภาพของเครื่องมือ

ในการศึกษานี้ใช้แบบสอบถามความเหนื่อยล้า (MFSC) แบบประเมินชุดนี้ผ่านการตรวจสอบของคุณภาพของเครื่องมือ ทั้งในด้านความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และความเชื่อมั่น ในด้านความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ตรวจสอบโดย พิวส์ และ มิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) นำไปทดสอบในหญิงหลังคลอด 13 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในระหว่างรอคลอด 100 คนโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .91 และ .94 ภาวดี โพชัยคุปต์ (2543) ได้แปลแบบวัดชุดนี้เป็นภาษาไทยและนำไปตรวจสอบความตรงเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากผู้เชี่ยวชาญการดูแลมารดา 5 ท่านจากนั้นนำไปใช้ทดสอบในหญิงหลังคลอด 20 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .94 กาญจนา ปิ่นแก้ว (2547) นำไปใช้วัดความเหนื่อยล้าของผู้ที่มาคลอด 110 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .93 กมลวรรณ นารอดภัย (2551) นำไปศึกษากับมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .89 ชูเรช(Dzurec et al., 2002) ใช้แบบวัดนี้ศึกษาความเหนื่อยล้าในหญิงทั่วไปที่มีอาการเหนื่อยไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .95 ในการศึกษาครั้งนี้ นำไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 78 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ของแบบวัดทั้งชุด เท่ากับ .92

ในการศึกษานี้แบ่งระดับความเหนื่อยล้าตามช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า	mean – 1SD	หมายถึง	คะแนนความเหนื่อยล้าระดับต่ำ
คะแนนอยู่ระหว่าง	mean ± 1SD	หมายถึง	คะแนนความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่า	mean + 1SD	หมายถึง	คะแนนความเหนื่อยล้าสูง

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมของการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการการศึกษาวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อได้เอกสารรับรองแล้ว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้

ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบ แล้วขอความร่วมมือ ความสนใจในการตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งอธิบายให้เข้าใจถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. คำตอบในแบบสอบถามถือเป็นความลับซึ่งใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูล
2. การตอบแบบสอบถามนี้ไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลใดๆต่อการรักษาของผู้ป่วย
3. กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามรายละเอียดของแบบสอบถามได้จนกว่าจะเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับก่อนที่จะเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้
4. กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาโดยที่การปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ

ถ้ากลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานทุกครั้ง ก่อนทำการตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอกลงชื่อแต่ยินดีที่จะให้ข้อมูล ก็ให้ทำแบบสอบถามได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2551 โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงสถานที่ที่จะไปเก็บข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลพญาไท 3 โรงพยาบาลห้วยเฉิว โรงพยาบาลศิริราช และมูลนิธิโรคไต โรงพยาบาลสงฆ์
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว นำหนังสือรับรองนั้นถึงศูนย์ฟอกเลือดที่จะทำการศึกษาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการศึกษา
3. หัวหน้าพยาบาลเป็นผู้แนะนำกลุ่มตัวอย่างที่มีญาติมาด้วย ในกรณีที่หัวหน้าพยาบาลไม่สามารถแนะนำได้ ผู้วิจัยก็จะเลือกญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาด้วย แนะนำตัวและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ถ้าญาติผู้ดูแล มีอายุมากกว่า 60 ปี จะต้องผ่านการคัดกรองโดยใช้แบบวัดหมวดหมู่มุม (the set test)
4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว แนะนำตัว ขอความร่วมมือ อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการเก็บข้อมูลให้ญาติผู้ดูแลมีอิสระและเวลาในการตัดสินใจให้ข้อมูลโดยไม่มีผลกระทบต่อการ

บริการที่ได้รับและเซ็นชื่อแสดงความยินยอมในแบบฟอร์ม ญาติผู้ดูแลมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธ ไม่เข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของญาติผู้ดูแล

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามแต่ละชุดอย่างละเอียดจนกระทั่งเข้าใจแล้วจึงตอบแบบสอบถาม ถ้าญาติผู้ดูแลไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ก็จะอ่านให้ฟังที่ละข้อแล้วให้ญาติผู้ดูแลเลือกตอบ ระหว่างตอบแบบสอบถาม ญาติผู้ดูแลและผู้วิจัยยังคงอยู่กับผู้ป่วย หากญาติผู้ดูแลต้องการบรรยากาศที่เงียบสงบ ห้ามมุงสบให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบสอบถามได้ โดยมีผู้วิจัย หรือ พยาบาล หรือ ญาติอีกคน อยู่กับผู้ป่วยโดยไม่ปล่อยผู้ป่วยไว้ตามลำพัง

6. ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20-45 นาที ญาติผู้ดูแลสามารถตอบเสร็จในคราวเดียว

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนทุกข้อคำถามก่อนที่ญาติผู้ดูแลจะกลับ หากพบว่าแบบสอบถามยังไม่สมบูรณ์ ชักถามเพิ่มเติม หรือมาพบใหม่ในวันถัดไป หากไม่สามารถเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนได้จะถือว่าข้อมูลจากแบบสอบถามนั้นใช้ไม่ได้ในการศึกษาครั้งนี้

8. กรณีที่ญาติผู้ดูแลไม่ได้มาด้วย ผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้จากผู้ป่วย เพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ถ้าหากญาติผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยนัดมาพบในวันที่ผู้ป่วยมาล้างไตในวันถัดไปหรือวันที่ญาติผู้ดูแลสะดวกมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistic Package for the Social Science) Version 15 for Windows ดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย ข้อมูลส่วนบุคคล สุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยล้า ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ พิสัย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอ้างอิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ระหว่างตัวแปรสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยล้า ที่ระดับนัยสำคัญ .05 วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ในการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภาวะสุขภาพ ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยล้า และความสามารถของตัวแปรในการทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 78 คน ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือน สิงหาคม 2551

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาล 4 แห่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาล พญาไท3 โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงพยาบาลศิริราช และมูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์ ผู้วิจัยพบญาติผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมาฟอกเลือดทั้งหมด 82 คน ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด มีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนจำนวน 4 คน เป็นหญิง 1 คน เป็นชาย 3 คน จึงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้รวม 78 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล (n=78)

โรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
พญาไท 3	23	29.5
หัวเฉียว	23	29.5
ศิริราช	18	23.1
มูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์	14	17.9
รวม	78	100

ผลศึกษานำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรค

ไตเรื้อรัง และระยะเวลาที่รักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะการเงิน โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพหลังการดูแล กิจกรรมการดูแล บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล และกิจกรรมที่บุคคลอื่นมาช่วยเหลือในการดูแล

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนียวแน่นของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของตัวแปรภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนียวแน่นของญาติผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คุณลักษณะของผู้ป่วยในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.1 มีอายุเฉลี่ย 64.38 ปี (SD = 13.74) อายุน้อยที่สุด 21 ปี และอายุมากที่สุด 84 ปี ระยะเวลาที่เจ็บป่วยตั้งแต่ 2 เดือน ถึง 312 เดือน และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตั้งแต่ 1 เดือนจนถึง 228 เดือน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 78)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	28	35.9
หญิง	50	64.1
อายุ (ปี)		
20-40	7	9
41-60	16	20.5
มากกว่า 61 ปี	55	70.5
พิสัย 21-84 Mean = 64.38 SD = 13.74		
สถานภาพสมรส		
โสด	12	15.4
คู่	43	55.1
หม้าย/หย่า/แยก	23	29.5

ตารางที่ 2 ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน)		
1-12	4	5.1
13-72	48	61.5
73-144	16	20.5
145-216	6	7.7
217-288	2	2.6
> 289 เดือน	2	2.6
พิสัย 2-312 Mean = 71.97 SD = 67.44		
ระยะเวลาที่ฟอกเลือด (เดือน)		
1-12	10	12.8
13-72	47	60.3
73-144	13	16.7
145-216	7	9
217-288	1	1.3
พิสัย 2-228 Mean = 60.24 SD = 58.35		

คุณลักษณะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.5 อายุเฉลี่ย 47.80 ปี (SD = 13.02) อายุน้อยที่สุด 20 ปี และอายุมากที่สุด 71 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 เดือนถึง 240 เดือนเฉลี่ย 67.05 เดือน ระยะเวลาในการดูแลในวันที่ไปฟอกเลือดใช้เวลามากกว่าวันที่ไม่ได้ฟอกเลือด โดยวันที่ไปฟอกเลือดใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 8.58 ชั่วโมงต่อวัน ใช้เวลาน้อยที่สุด 4 ชั่วโมงต่อวัน มากที่สุด 19 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนในวันที่ไม่ได้ฟอกเลือดใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 6.26 ชั่วโมงต่อวัน โดยไม่ต้องใช้เวลาในการดูแลจนถึงใช้เวลาในการดูแลมากที่สุด 19 ชั่วโมง

ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสร้อยละ 55.1 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะเป็นบุตรร้อยละ 38.5 ด้านการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 42.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 51.3 สถานะการเงินพอใช้และมีเงินเหลือเก็บร้อยละ 43.6 ญาติผู้ดูแลร้อยละ 44.9 ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วนในการดูแลผู้ป่วย

ทางด้านสุขภาพของญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 60.3 ไม่มีโรคประจำตัว ที่เหลือพบว่า มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 48.3 มีโรคประจำตัวร่วมกันมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 8.97 หลังการดูแลผู้ป่วยญาติผู้ดูแลจำนวน 32 คนหรือร้อยละ 41 มีปัญหาสุขภาพหลังการดูแล พบว่ามีอาการเครียดมากที่สุดร้อยละ 22.5 ในจำนวนนี้มีญาติผู้ดูแล 6 คน ที่มีปัญหาสุขภาพร่วมกัน 2 ชนิด เช่น อาการปวดศีรษะร่วมกับเครียด ปวดหัวไหล่ร่วมกับอ่อนเพลีย และมีจำนวนญาติผู้ดูแล 4 คนมีปัญหาสุขภาพร่วมกัน 3 ชนิด เช่น มีปัญหาเหนื่อยร่วมกับเครียดและปวดเมื่อย หรือมีปัญหาอ่อนเพลียร่วมกับเครียดและปวดศีรษะ เป็นต้น

ทางด้านกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยพบว่า ญาติผู้ดูแลทำกิจกรรมการดูแลทั้งหมดโดยเฉลี่ย 6.85 กิจกรรม ญาติผู้ดูแลร้อยละ 48.7 ทำกิจกรรมการดูแล 5-10 กิจกรรมและอีก ร้อยละ 14.1 ทำกิจกรรมการดูแลมากกว่า 10 กิจกรรมขึ้นไป กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 มี 7 กิจกรรม ได้แก่ การเดินทางร้อยละ 82.1 การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่นอาการหอบเหนื่อย บวม ร้อยละ 75.6 การดูแลทางด้านจิตใจร้อยละ 74.4 การทำอาหาร ร้อยละ 61.5 การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น การดูแลเรื่องยา การดูแลเส้นเลือด ร้อยละ 56.4 การดูแลทางด้านสังคมพาผู้ป่วยไปพักผ่อนกับครอบครัว หรือเพื่อน ร้อยละ 53.8 และดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายในบ้านร้อยละ 50 เมื่อญาติผู้ดูแลมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้มากที่สุดคือญาติพี่น้องร้อยละ 44.9 ซึ่งจะทำให้ความช่วยเหลือในด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายในบ้านมากที่สุดร้อยละ 60.3 รองลงมา คือ การช่วยเหลือทางด้านสังคมและจิตใจร้อยละ 59 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 78)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	29.5
หญิง	55	70.5
อายุ (ปี)		
20-40	25	32.1
41-60	38	48.7
มากกว่า 61 ปี	15	19.2
พิสัย 20-71 Mean = 47.80 SD = 13.02		
ระยะเวลาในการดูแล (เดือน)		
พิสัย 1 – 240 Mean = 67.05 SD = 54.24		

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของญาติผู้ดูแลจำแนกตาม
ข้อมูลส่วนบุคคล (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวัน		
วันที่มาพอกเลือด พิสัย 4-19 Mean = 8.58 SD = 3.73		
วันที่ไม่ได้พอกเลือด พิสัย 0-19 Mean = 6.26 SD = 5.00		
สถานภาพสมรส		
โสด	30	38.5
คู่	43	55.1
หม้าย/หย่า/แยก	5	6.4
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	30	38.5
คู่สมรส	24	30.8
หลาน	10	12.8
บิดามารดา	8	10.3
พี่น้อง	5	6.14
เพื่อน	1	1.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	4	5.1
ประถมศึกษา	25	32.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	3.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8	10.3
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5	6.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	33	42.3
อาชีพ ไม่ได้ทำงาน		
รับราชการหรือวิสาหกิจ	15	19.2
ค้าขาย	10	12.8
พนักงานบริษัทเอกชน	5	6.4
รับจ้าง	5	6.4
เกษตรกร	3	3.8

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 78) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
สถานะการเงิน		
พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ	34	43.6
พอใช้และไม่มีเงินเหลือเก็บ	31	39.7
ไม่พอใช้แต่มีภาระหนี้สิน	8	10.3
ไม่พอใช้และมีภาระหนี้สิน	5	6.4
ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย		
รับผิดชอบบางส่วน	35	44.9
รับผิดชอบทั้งหมด	13	16.7
ไม่ต้องรับผิดชอบเลย	30	38.5
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ไม่มี	47	60.3
มี	31	39.7
HT	15	48.3
DM	5	16.1
ไขมันในเลือดสูง	4	12.9
กระเพาะ	3	9.6
ภูมิแพ้	3	9.6
เบาเสื่อม	2	6.45
ลำไส้อักเสบ	1	3.22
หัวใจ	1	3.22
ต่อหีน	1	3.22
ตับ	1	3.22
Carpal Turnal Syndrome	1	3.22
โรคประจำตัวร่วมกันมากกว่า 1 โรค	7	8.97
ปัญหาสุขภาพหลังการดูแล		
ไม่มี	46	59.0
มี	32	41.0

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 78) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพหลังการดูแล (ต่อ)		
ได้แก่ เครียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	7	22.5
ปวดหลัง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	6	19.35
เหนื่อย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	3	9.67
อ่อนเพลีย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	3	9.67
นอนหลับไม่พอ(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	2	6.45
ปวดเมื่อย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	1	3.22
มีอาการร่วมกัน 2 ชนิด	6	19.35
มีอาการร่วมกัน 3 ชนิด	4	12.9
จำนวนกิจกรรมการดูแล		
น้อยกว่า 5 กิจกรรม	29	37.1
5-10 กิจกรรม	38	48.7
มากกว่า 10 กิจกรรม	11	14.1
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย		
การเดินทาง	64	82.1
การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงร่างกาย	59	75.6
การดูแลทางด้านจิตใจ	58	74.4
การทำอาหาร	48	61.5
การรักษาพยาบาล	44	56.4
การดูแลทางด้านสังคม	42	53.8
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	39	50.0
การตวงน้ำดื่ม	29	37.2
การเคลื่อนย้าย	29	37.2
การทำความสะอาดร่างกาย	28	35.9
การสวมใส่เสื้อผ้า	27	34.6
การดูแลการขับถ่ายให้ปกติ	24	30.8
การรับประทานอาหาร	23	29.5

ตารางที่ 3 ความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของญาติผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 78) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแล		
ไม่มี	20	25.6
มี	58	74.4
ได้แก่ ญาติพี่น้อง	35	44.9
บุตร	23	29.5
คู่สมรสญาติพี่น้อง	11	14.1
กลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน	6	7.7
อื่นๆ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอื่น	4	5.1
บุคลากรทางการแพทย์	5	6.4
แหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ	4	5.1
กิจกรรมที่บุคคลอื่นมาช่วยเหลือดูแล		
การเดินทาง	47	60.3
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	47	60.3
การดูแลทางด้านสังคม	46	59.0
การดูแลทางด้านจิตใจ	46	59.0
การทำอาหาร	36	46.2
การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงร่างกาย	36	46.2
การรักษาพยาบาล	31	39.7
การรับประทานอาหาร	20	25.6
การทำความสะอาดร่างกาย	20	25.6
การเคลื่อนย้าย	20	25.6
การใช้ห้องส้วม	18	23.1
การดูแลการขับถ่ายให้ปกติ	18	23.1
การสวมใส่เสื้อผ้า	15	19.2
การทวน้ำดื่ม	15	19.2

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลทั้ง 78 ราย วัดได้จากการประเมินความรู้สึกที่มีต่อสุขภาพของตนเองในขณะนั้น พบว่า พิสัยของคะแนนภาวะสุขภาพอยู่ระหว่าง 40 ถึง 100 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล เท่ากับ 73.42 คะแนน (SD = 16.66) ซึ่งหมายความว่าถึงภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

ภาระในการดูแล

การวิเคราะห์ภาระในการดูแลประกอบด้วยความต้องการในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล คะแนนความต้องการในการดูแลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคะแนนอยู่ระหว่าง 20.67-65.25 คะแนนเฉลี่ย 42.15 (SD = 11.33) คะแนนความยากลำบากในการดูแลของญาติผู้ดูแล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 15.58-63.08 คะแนนเฉลี่ย 30.38 (SD = 9.63) คะแนนภาระในการดูแลมีคะแนนอยู่ระหว่าง 21.16-69.92 เฉลี่ย 35.38 (SD = 8.94) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาระในการดูแล ความต้องการในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล

	Min -	Max	Mean	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่เป็นจริง		
ภาระในการดูแล	15-75	21.16-69.62	35.38	8.94
ความต้องการในการดูแล	15-75	20.67-65.25	42.15	11.33
ความยากลำบากในการดูแล	15-75	15.58-63.08	30.38	9.63

เมื่อพิจารณาความต้องการในการดูแลรายข้อพบว่ากิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการให้ญาติดูแลโดยพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3.00 ขึ้นไป มี 5 กิจกรรม ได้แก่ ความต้องการการดูแลเรื่องการจัดการเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วย (Mean = 3.82) ต้องการให้ติดต่อแพทย์และพยาบาลเพื่อสอบถามและขอคำแนะนำ (Mean = 3.38) ต้องการให้ทำหน้าที่แทนบางกิจกรรม เช่น ไปซื้อของ ไปธนาคาร (Mean = 3.27) ต้องการการให้กำลังใจปลอบใจอยู่เป็นเพื่อน (Mean = 3.26) และการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ (Mean = 3.21) เมื่อพิจารณาความยากลำบากในการดูแลรายข้อจากค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 5 อันดับแรก พบว่าญาติผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแลในด้านการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุด (Mean = 2.56) รองลงมาคือ การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุ

(Mean = 2.41) การให้กำลังใจปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน (Mean = 2.24) รับผิดชอบเรื่อง ค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในบ้าน (Mean = 2.15) และการจัดการเรื่องการเดินทางหรือร่วมทางไปกับผู้ป่วย รับผิดชอบเรื่องค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในบ้าน (Mean = 2.13) ส่วนกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแล พบว่าการจัดการเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่เป็นภาระในการดูแลมากที่สุด (Mean = 2.74) รองลงมา คือ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น เจ้าอารมณ์ สับสน หงุดหงิด โมโหง่าย (Mean = 2.69) การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ (mean = 2.66) การให้กำลังใจปลอบใจและอยู่เป็นเพื่อน (Mean = 2.60) และการระวังภาวะแทรกซ้อนหลังฟอกเลือด (Mean = 2.50) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย ความยากลำบากในการดูแล และภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล (n = 78)

กิจกรรม	ความต้องการในการดูแล		ความยากลำบากในการดูแล		ภาระในการดูแล	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
1.ดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	2.45	0.93	1.77	0.67	1.99	0.66
- การรับประทานยา	2.76	1.56	1.65	0.91	2.03	0.89
- การฉีดยา	1.74	1.31	1.47	0.89	1.51	0.80
- การดูแลเส้นเลือด	2.18	1.30	1.82	1.05	1.92	0.98
- ระวังภาวะแทรกซ้อน	3.15	1.31	2.14	1.03	2.50	0.95
2.ดูแลในเรื่องส่วนตัว	2.61	1.14	1.90	0.83	2.14	0.82
- ดูแลความสะอาดผิวหนัง เสื้อผ้า	2.60	1.52	1.71	0.90	2.02	0.98
- ดูแลการควบคุมอาหาร เกลือแร่	2.78	1.28	2.23	1.22	2.38	0.98
- ดูแลการขับถ่าย	2.45	1.44	1.78	1.08	2.01	1.05
3.การช่วยเหลือในการ พยุงตัวขณะเดิน	2.81	1.55	2.08	1.31	2.33	1.25
4.ให้กำลังใจปลอบใจและอยู่ เป็นเพื่อน	3.26	1.30	2.24	1.13	2.60	0.98
5.เฝ้าดูอาการและเฝ้าระวัง อุบัติเหตุ	3.21	1.32	2.41	1.26	2.66	1.07

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย ความยากลำบากในการดูแลของญาติผู้ดูแล และภาระในการดูแลของญาติ (n = 78) (ต่อ)

กิจกรรม	ความต้องการในการดูแล		ความยากลำบากในการดูแล		ภาระในการดูแล	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
6.จัดการเรื่องการเดินทาง หรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วย	3.82	1.15	2.13	1.05	2.74	0.88
7.รับผิดชอบเรื่องค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในบ้าน	2.64	1.45	2.15	1.28	2.31	1.18
8.ทำงานบ้านมากขึ้นเช่น ทำอาหารเฉพาะโรค	2.86	1.37	2.06	1.11	2.36	1.06
9.ทำหน้าที่แทนบางกิจกรรม เช่น ไปซื้อของไปธนาคาร	3.27	1.26	1.90	0.91	2.40	0.87
10.จัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย และคนในครอบครัว	2.74	1.29	1.96	1.12	2.24	1.02
11.จัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา	3.00	1.11	2.56	1.22	2.69	0.97
12.ทำงานอื่นๆเพิ่มขึ้นจากที่เคยทำตามปกติ	1.86	1.09	1.97	1.26	1.87	1.05
13.การอธิบายสิ่งต่างให้ผู้ป่วยฟัง อ่านหนังสือ	2.06	1.28	1.64	0.88	1.79	0.95
14.การช่วยเหลือติดต่อแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ เช่นหาคนดูแล	2.17	1.32	1.68	0.99	1.82	0.88
15.การติดต่อกับแพทย์และพยาบาลเพื่อสอบถามและขอคำแนะนำ	3.38	4.65	1.91	0.87	2.36	1.34

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจาก 3 แหล่ง คือ กลุ่มสมาชิก ในครอบครัว กลุ่มบุคคลใกล้ชิด และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งการช่วยเหลือ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ และการได้รับการ พบว่า ค่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม เฉลี่ยเท่ากับ 20.16 ($SD = 7.71$, พิสัย 0-60) เมื่อพิจารณาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมจากกลุ่มต่างๆ พบว่า ญาติผู้ดูแล ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมากที่สุด จากบุคลากรทางการแพทย์ ($Mean = 7.97$) รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัว ($Mean = 6.55$) และบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อน ($Mean = 5.74$) เมื่อพิจารณารายด้านของแต่ละกลุ่ม พบว่า คะแนนของการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากกลุ่มสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด เฉลี่ย 2.38 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เฉลี่ย 2.05 และจากบุคคลใกล้ชิดเฉลี่ย 2.04 ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารพบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เฉลี่ย 2.95 จากกลุ่มสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 1.68 และจากกลุ่มบุคคลใกล้ชิดเฉลี่ย 1.65 และสำหรับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ และบริการ ได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เฉลี่ย 2.87 กลุ่มสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 2.49 และกลุ่มบุคคลใกล้ชิดเฉลี่ย 2.03 จะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านอารมณ์จากครอบครัวมากที่สุด และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ทางด้านข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ และการได้รับการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแรงสนับสนุนทางสังคม ของญาติผู้ดูแลโดยรวมและจำแนกรายกลุ่ม และรายด้าน (n = 78)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Min - ค่าที่เป็นไปได้	Max ค่าที่เป็นจริง	Mean	SD
โดยรวม	0-60	0-60	20.16	7.71
กลุ่มสมาชิกในครอบครัว	0-20	0-20	6.55	3.84
-การสนับสนุนทางด้านอารมณ์	0-8	0-8	2.38	1.44
-การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	1.68	1.53
-การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการ ได้รับการบริการ	0-8	0-8	2.49	1.43
กลุ่มบุคคลใกล้ชิด	0-20	0-20	5.74	3.85
-การสนับสนุนทางด้านอารมณ์	0-8	0-8	2.04	1.35
-การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	1.65	1.38
-การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการ ได้รับการบริการ	0-8	0-8	2.03	1.45
กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์	0-20	0-20	7.97	2.36
-การสนับสนุนทางด้านอารมณ์	0-8	0-8	2.05	1.08
-การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	0-4	0-4	2.95	0.80
-การช่วยเหลือด้านสิ่งของและการ ได้รับการบริการ	0-8	0-8	2.87	0.90

ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล วัดได้จากคะแนนรวมของการประเมินความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการศึกษาพบว่า ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ย 50.20 (SD = 13.71) เมื่อเทียบตามเกณฑ์ ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าปานกลาง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนายของ ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

จากสมมติฐานการวิจัย ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าและสามารถทำนายความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สถิติที่ใช้ทดสอบ คือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จึงได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นซึ่งข้อมูลที่จะนำมาวิเคราะห์ต้องมีดังนี้ 1). มีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) 2). มีรูปแบบเป็นความสัมพันธ์ เชิงเส้นตรง (Linearity) 3). ความแปรปรวนมีค่าคงที่หรือเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) 4). ตัวแปรทำนายแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน หรือมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ เพื่อจัดปัญหาความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (บุญใจ ศรีสถิตินรากร, 2544) ค่าเฉลี่ยและความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ดังแสดงในตารางที่ 7 ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยล้ามีค่าต่อเนื่อง และมีการแจกแจงปกติ โดยมีค่า Kumogorov-Sminov ที่ $p > .05$ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวอยู่ระหว่าง .01 ถึง .55 ซึ่งต่ำกว่า .8 จึงไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น

ตารางที่ 7 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพ ภาระการดูแลแรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล (n = 78)

ตัวแปร	Min	Max	Mean	SD
ภาวะสุขภาพ	40	100	73.42	16.6
ภาระการดูแล	21.16	69.62	35.38	8.94
แรงสนับสนุนทางสังคม	0	60	20.16	7.71
ความเหนื่อยล้า	30	94	50.20	13.72

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้า ดังแสดงในตารางที่ 8 พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า ($r = -.545, p < .01$) ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า ($r = .454, p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ($r = -.010, p = .932$)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n = 78)

ตัวแปร	1	2	3	4
1 ภาวะสุขภาพ	1.00			
2 ภาระการดูแล	-.491**	1.00		
3 แรงสนับสนุนทางสังคม	-.198	.062	1.00	
4 ความเหนื่อยล้า	-.545**	.454**	-.010	1.00

** p < .01

การทดสอบสมมติฐานการวิจัย ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple regression) โดยใช้ตัวแปรอิสระทั้งหมด ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม มาสร้างสมการทำนายโดยใช้หลักการสร้างสมการทำนายผลการวิเคราะห์พบว่า ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเหนื่อยล้าได้ร้อยละ 35 ดังแสดงในตารางที่ 9 แต่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของความเหนื่อยล้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.195$, $p = .236$) จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าว ทำให้ทราบว่า ภาวะสุขภาพ และภาระการดูแล สามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยภาวะสุขภาพมีความสามารถในการทำนายดีที่สุด ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมถึงแม้ว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีส่วนร่วมในการทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ปัจจัยทำนาย	R	R ²	B	STE	β	t	P value
ภาวะสุขภาพ	.596	.355	-.370	.076	-.450	-4.117	.001
ภาระการดูแล			2.71	1.050	.240	2.241	.05
แรงสนับสนุนทางสังคม			-.120	.093	-.114	-1.195	.236

overall F_{3,74} = 13.590, $p < .05$ Constant = 57.693

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประเด็นที่จะนำมาอภิปราย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าในการดูแล ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของภาวะสุขภาพภาระในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 คน แต่เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อและไม่สามารถติดต่อกลับได้ จึงทำให้แบบสอบถามนั้นไม่สมบูรณ์โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตอบไม่ครบถ้วนจำนวน 4 คน เป็นหญิง 1 คน เป็นชาย 3 คน ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ 78 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากโรงพยาบาลพญาไท 23 คน โรงพยาบาลหัวเฉียว 23 คน โรงพยาบาลศิริราช 18 คน มูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์ 14 คน

ลักษณะของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 64.1) มีอายุอยู่ระหว่าง 21-84 ปี (Mean = 64.38, SD = 13.74) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.1) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 2-312 เดือน (Mean = 71.97, SD = 67.44) รักษาโดยการฟอกเลือดเป็นระยะเวลา 2-228 เดือน (Mean = 60.24, SD = 58.35) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.5) สอดคล้องกับการศึกษาของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) เนื่องจากลักษณะสังคมไทยที่ผู้หญิงได้รับการอบรมให้เป็นผู้ดูแลบ้าน และสมาชิกในครอบครัว ทั้งในยามที่ปกติและเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระหว่าง 20 ถึง 71 ปี (Mean = 47.80, SD = 13.02) ร้อยละ 55.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ เนตรชัง (Natechang, 2002) ที่พบว่าโดยเฉลี่ยญาติผู้ดูแลจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะและสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ ระดับการศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 42.3) ประกอบอาชีพนอกบ้าน รับราชการและเป็นพนักงาน

บริษัทร้อยละ 25.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.3 สถานะการเงินพอใช้และมีเงินเหลือเก็บ (ร้อยละ 43.6) ญาติผู้ดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเป็นบางส่วน (ร้อยละ 44.9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล (2550) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลรับผิดชอบค่าอาหาร การเดินทาง ค่ายาและการรักษา ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 38.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ เนตรชัง (Natechang, 2002) เนื่องจากมีความผูกพัน และสังคมไทย จะปลูกฝังให้สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลพ่อแม่และตอบแทนผู้มีพระคุณตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ในด้านการใช้เวลาญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1-240 เดือนโดยเฉลี่ยดูแลมาเป็นระยะเวลา 67.05 เดือนในวันที่พอกเลือดใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 8.58 ชั่วโมงต่อวัน มากกว่าวันที่ไม่ได้มาพอกเลือดซึ่งใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 6.26 ชั่วโมงต่อวัน

ด้านสุขภาพญาติผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.3) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพหลังการดูแล (ร้อยละ 59) เช่นเดียวกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ที่พบว่าผู้ดูแลไม่มีอาการเจ็บป่วยระหว่างการดูแล (ร้อยละ 98) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพหลังการดูแลจะมีอาการเครียดมากที่สุด (ร้อยละ 22.5) รองลงมามีอาการปวดหลัง (ร้อยละ 19.3) และร้อยละ 12.9 มีอาการร่วมกัน 3 อาการ เช่น ปวดหลังร่วมกับอาการเครียดและนอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ เนตรชัง (Natechang, 2002) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 64.18 ปี ซึ่งญาติผู้ดูแลอาจต้องช่วยยกประคอง ออกแรงช่วยในการทำกิจวัตร

ในด้านกิจกรรมการดูแล กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแล ดูแลมากกว่าร้อยละ 50 ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้แก่ การเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วย (ร้อยละ 82.1) การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (ร้อยละ 75.6) การดูแลทางด้านจิตใจให้กำลังใจและปลอบใจ (ร้อยละ 74.4) ดูแลในด้านการทำอาหารเฉพาะโรค (ร้อยละ 61.5) การรักษาพยาบาล เช่น การรับประทานยา (ร้อยละ 56.4) การดูแลทางด้านสังคม พาผู้ป่วยไปพักผ่อนกับครอบครัวหรือเพื่อน (ร้อยละ 53.8) การดูแลในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ร้อยละ 50.0) ซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาของ รัชณี ปังกร (Papangkorn, 2003) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลทำกิจกรรมการดูแลในผู้สูงอายุ ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และประคับประคองจิตใจ แต่กิจกรรมการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่พอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทางด้านการเดินทางเป็นกิจกรรมที่ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 82.1) เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตก่อนพอกเลือดอาจมีอาการหอบเหนื่อย และหลังพอกเลือดอาจเกิดอาการเวียนศีรษะ เป็นลม ความดันโลหิตต่ำ เป็นตะคริว ซึ่งอาจเกิดอันตรายระหว่างเดินทางได้

ผู้ป่วยจึงต้องการญาติผู้ดูแลร่วมเดินทางเพื่อเฝ้าระวังอาการและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ส่วนกิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยน้อยที่สุด คือ การเข้าห้องน้ำ (ร้อยละ 25.6) เนื่องจากว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนใหญ่ปัสสาวะออกน้อยหรือบางคนไม่มีปัสสาวะออกเลย จึงมีความจำเป็นในการใช้ห้องน้ำน้อย ญาติผู้ดูแลจึงช่วยผู้ป่วยในการทำกิจกรรมด้านนี้น้อยกว่าด้านอื่น นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 48.7 ของญาติผู้ดูแลทำกิจกรรมการดูแล 5-10 กิจกรรม และร้อยละ 14.1 ต้องทำกิจกรรมการดูแลมาก 11-14 กิจกรรม ซึ่งญาติผู้ดูแลในกลุ่มนี้อาจมีปัญหาในการดูแลและต้องการความช่วยเหลือ

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลมากที่สุดคือ ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 44.9) บุคคลที่มาช่วยเหลือนี้ส่วนใหญ่จะช่วยเหลือในด้านการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการรักษา (ร้อยละ 60.3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดสโรซีเยอร์ (Desrosier et al., 1992) พบว่า ญาติผู้ดูแลต้องการแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะสามารถให้ความช่วยเหลือทางการเงิน และช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาว่างจากการดูแลผู้ป่วยได้ชั่วคราว ญาติผู้ดูแลจะได้มีเวลาพักผ่อน และปฏิบัติกิจกรรมที่ตัวเองต้องการ ส่วนกิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นน้อยที่สุดคือการใส่เสื้อผ้าให้ผู้ป่วย (ร้อยละ 19.2) และการทงนน้ำดื่ม (ร้อยละ 19.2)

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีสุขภาพดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 73.42 และหลังจากรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแลพบว่า มี 46 คน (ร้อยละ 59.0) ไม่มีปัญหาสุขภาพ ในขณะที่ญาติผู้ดูแลจำนวน 32 คน (ร้อยละ 41.0) มีปัญหาสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นหลังการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของกายนอร์ (Gaynor, 1989) ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแล 2-21 เดือน พบว่าไม่มีปัญหาสุขภาพ ดูแลเดือนที่ 32 ต้องใช้ยากล่อมประสาท เดือนที่ 38 พบว่าไม่แข็งแรงและเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะยาวจะมีปัญหาสุขภาพ และมีความบกพร่องทางระบบภูมิคุ้มกัน การที่ญาติผู้ดูแลมีกิจกรรมในการดูแลที่ยาวนาน ทำให้ร่างกายมีการสูญเสียพลังงานเพิ่มมากขึ้น มีการดึงพลังงานที่สะสมมาใช้ มีการสะสมของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้ญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพและนำไปสู่ความเหนื่อยล้า ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน ญาติผู้ดูแลจึงไม่ต้องใช้พลังงานในการดูแลตรงส่วนนี้มากนัก อีกทั้งญาติผู้ดูแล 58 คน (ร้อยละ 74.4) มีบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลคือญาติพี่น้อง ที่สามารถแบ่งเบาภาระได้ในทุกกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำอยู่จึงทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในขณะนี้ว่าดี

ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษานี้การวัดภาระในการดูแล วัดจากความต้องการในการดูแลและความยากลำบากในการดูแล ค่าคะแนนสูงแสดงว่ามีความต้องการมากและมีภาระในการดูแลมากซึ่งจะทำให้ภาระในการดูแลมากด้วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลคะแนนเฉลี่ย 42.15 (SD = 11.33) ญาติมีความยากลำบากในการดูแลคะแนนเฉลี่ย 30.38 (SD = 9.63) ภาระการดูแลปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 35.38 (SD = 8.94) โดยที่ญาติผู้ดูแลมีภาระด้านการจัดการเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วยมากที่สุด (Mean = 2.74, SD = 0.88) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโอเบิร์ต (Oberts et al., 1989) ที่ศึกษาการประเมินสถานการณ์การดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการฉายแสง แล้วพบว่า กิจกรรมการดูแลที่เป็นภาระมากที่สุด คือการเตรียมการเดินทาง เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด หลังฟอกเลือดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนมีอาการความดันในเลือดต่ำ อาจเป็นลมหมดสติระหว่างเดินทางซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ดังที่มีญาติคนหนึ่งกล่าวว่า “แรกๆเขาก็มาเอง แต่ตอนหลังมีอาการเวียนศีรษะไม่ค่อยมีแรงก็เลยต้องมาเป็นเพื่อน”

เมื่อนำมาเทียบค่าคะแนนที่มีความต้องการสูงและความยากลำบากในการดูแลสูงที่จะทำให้เกิดภาระในการดูแลสูงที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.5 ขึ้นไปได้แก่ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Mean = 2.69) การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ (Mean = 2.66) การให้กำลังใจ ปลอบใจและการอยู่เป็นเพื่อน (Mean = 2.60) และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (Mean = 2.69) ส่วนกิจกรรมอื่นๆภาระของญาติผู้ดูแลน้อยลงเนื่องจากมีบุคคลอื่นมาช่วยในการดูแล และสามารถทำแทนญาติผู้ดูแลหลักได้ในทุกกิจกรรม และมีบางกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลทำกิจกรรมนั้นน้อยกว่าบุคคลที่เข้ามาช่วยเหลือในการดูแล กิจกรรมนั้นคือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลทำกิจกรรมในการจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาร้อยละ 39 ในขณะที่บุคคลอื่นที่ช่วยเหลือในการดูแล ทำกิจกรรมในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ร้อยละ 47 เนื่องจากว่าบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล ส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้อง ร้อยละ 35 เมื่อไม่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักได้ จึงมีส่วนร่วมในการดูแลด้านอื่นๆแทน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผู้ป่วยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการฟอกเลือด ครั้งละประมาณ 2,000-3,000 บาท และรักษาเป็นเวลานาน ซึ่งญาติผู้ดูแลหลักไม่สามารถรับผิดชอบตามลำพังเองได้ทั้งหมด สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆจึงเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ หรือมีการแบ่งหน้าที่กันในกลุ่มครอบครัว โดยมอบหมายให้คนที่มียารได้น้อยหรือคนที่ไม่มีงานทำประจำเป็น

ผู้ดูแลหลักส่วนคนที่มียาได้มากกว่า หรือคนที่มียานประจำที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา

แต่เมื่อพิจารณาตามรายชื่อ ความต้องการในการดูแลที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 3.00 ขึ้นไปได้แก่ การจัดการด้านการเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วย (Mean = 3.82) การติดต่อแพทย์และพยาบาลเพื่อสอบถาม อาการและคำแนะนำ (Mean = 3.38) การทำหน้าที่แทนบางกิจกรรม เช่น ไปซื้อของไปธนาคาร (Mean = 3.27) การให้กำลังใจและการอยู่เป็นเพื่อน (Mean = 3.26) การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ (Mean = 3.21) และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Mean = 3.00) สอดคล้องกับการศึกษาของ โอเบิร์ต (Oberts et al., 1989 ส่วนความยากลำบากที่มีค่าคะแนนสูง ได้แก่ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Mean = 2.56) การเฝ้าดูอาการและการระวังอุบัติเหตุ (Mean = 2.41) การให้กำลังใจและการอยู่เป็นเพื่อน (Mean = 2.24) การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายบ้าน (Mean = 2.15) สอดคล้องกับการศึกษาของแคร์รี่, โอเบิร์ต แมคคัมบีน และฮิวส์ (Carey, Oberts, McCubbin, & Hughes, 1991) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด มีความยากลำบากในการดูแลทางด้านจิตใจมากที่สุด

แรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล

การศึกษาครั้งนี้วัดแรงสนับสนุนทางสังคมของญาติผู้ดูแล โดยวัดแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคคลใกล้ชิด และกลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์ และวัดการได้รับการสนับสนุน ใน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของและการบริการ ผลการศึกษาพบว่า ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 20.16, SD = 7.71) โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 60 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0-60 คะแนน เมื่อพิจารณาแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์จากกลุ่มสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด (Mean = 2.38, SD = 1.44) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี ปังกร (Papangkorn, 2003) เนื่องมาจากความผูกพันรักใคร่กันในครอบครัว การปลุกฝังให้ช่วยเหลือและแบ่งปันกันในครอบครัว และเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวเกิดเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวจะต้องให้ความช่วยเหลือดูแล และในการศึกษานี้ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 55.1) ต้องมีความกตัญญูและตอบแทนผู้มีพระคุณ ให้ความช่วยเหลือดูแล และเมื่อสมาชิกคนใดรับหน้าที่ในการดูแล สมาชิกคนอื่นๆ ที่ไม่สามารถทำหน้าที่เป็น

ผู้ดูแลหลักได้ ก็จะเข้ามาช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระในด้านอื่นๆ เช่นการช่วยเหลือทางการเงิน การให้กำลังใจ การปลอบใจ การสับเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วยบ้างเป็นครั้งคราว

สำหรับการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ ญาติผู้ดูแลได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด (Mean = 2.95, SD = 0.80) เมื่อเทียบกับแรงสนับสนุนจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัวและกลุ่มบุคคลใกล้ชิด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของทีมแพทย์และพยาบาลในการให้คำอธิบายและคำแนะนำต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริินภา (2542) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะการได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำต่างๆ นอกจากนี้การให้การดูแลของแพทย์ และพยาบาลนอกจากจะให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังได้มีโอกาสพูดคุยถึงสภาพอารมณ์และจิตใจ และมีการสร้างสัมพันธภาพจึงทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (Mean = 2.05, SD = 1.08) รองลงจากสมาชิกในครอบครัว

ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาโดยใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 50.20 (SD = 13.72) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจนเซน และกิฟเวน (Jensen & Given, 1993) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง การที่ญาติผู้ดูแลประเมินว่ามีความเหนื่อยล้าอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ญาติผู้ดูแลมีความเต็มใจที่จะดูแล ถึงแม้ว่าการดูแลนั้นจะทำให้ญาติผู้ดูแลต้องสูญเสียเวลาในการดูแล หรือต้องเผชิญกับภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยก็ตาม แต่ญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพหรือความรักใคร่ผูกพันกันดีจะทำให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์ต่างๆ ว่าไม่คุกคาม และจะทำให้รู้สึกไม่เครียดในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยังมีกลุ่มสมาชิกในครอบครัว ที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ นอกจากนี้การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจและรู้สึกเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลจึงไม่รู้สึกเหนื่อยล้ามากนัก และจากการศึกษานี้พบว่า ญาติผู้ดูแล มีผู้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 74.4 และสามารถทำหน้าที่แทนญาติผู้ดูแลได้ในทุกกิจกรรม นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ผู้ป่วยบางคนยังสามารถทำงานได้ (Chokephichit, 2003) ญาติผู้ดูแลจึงไม่ต้องทำงานพิเศษเพิ่มมากขึ้น (Mean = 1.87, SD = 1.05) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าน้อยลง

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษาเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล พบว่า ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ($r = -.545, p < .01$) หมายถึง ถ้าญาติผู้ดูแลมีสุขภาพดี ญาติผู้ดูแลก็จะมีความเหนื่อยล้าต่ำ แต่ถ้าญาติผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดีก็就会有ความเหนื่อยล้าสูง การทดสอบนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทีลและเพรส (teel & Press, 1999) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีภาวะความเจ็บป่วยร่วมด้วย เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยจะมีความเหนื่อยล้ามากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพดี เนื่องจากเมื่อร่างกายเกิดความเจ็บป่วยหรือมีสุขภาพไม่ดี มีพยาธิสภาพจะทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายลดลง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ระบบทางเดินอาหารดูดซึมไม่ดี ทำให้ได้รับพลังงานไม่เพียงพอและนำไปสู่ความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993)

สมมติฐานที่ 2 ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลและความเหนื่อยล้าในการดูแล จากการศึกษพบว่าภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ($r = .454, p < .01$) แสดงว่า ถ้าภาระในการดูแลของญาติมีมาก จะทำให้ความเหนื่อยล้าในการดูแลของญาติมากขึ้นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ที่พบว่าความต้องการในการดูแลโดยพิจารณาจากจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล จากการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลทั้ง 78 ราย พบว่า ภาระในการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในด้านการจัดการเรื่องการเดินทางเป็นภาระในการดูแลมากที่สุด (Mean = 2.75, SD = 0.88) ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องจัดเตรียมความพร้อมในการเดินทางและต้องร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วยเพื่อให้ทันเวลาในการฟอกเลือด เนื่องจากการฟอกเลือดในแต่ละวันถูกกำหนดเป็น 1-3 รอบต่อวัน คือเวลา 6.00-11.00 น. 11.00-15.00 น. และ 15.00-20.00 น. ถ้าผู้ป่วยมาไม่ทันก็จะต้องรอในรถไป ซึ่งญาติผู้ดูแลจะต้องจัดเตรียมผู้ป่วย และตนเองรวมทั้งต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการเดินทางด้วย ในช่วงที่จราจรติดขัดอาจต้องใช้เวลามากขึ้น นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลอาจต้องอยู่รอจนกว่าจะฟอกเลือดเสร็จ ทำให้สูญเสียเวลาในการทำกิจกรรมอื่น และมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในบทบาทอื่นอีกที่นอกเหนือจากการเป็นผู้ดูแล เช่น บทบาท

การเป็นภรรยาและมารดาที่ต้องดูแลครอบครัว ทำให้ญาติผู้ดูแลอ่อนเพลียและเกิดความเหนื่อยล้าได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจนเซนและกิฟเวน (Jansen & Given, 1991) ที่ศึกษาพบว่าจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน และผลกระทบต่อตารางเวลาของการให้การดูแลมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า

ญาติผู้ดูแลมีการดูแลในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย (Mean = 2.69, SD = 0.97) เนื่องจากจากพยาธิสภาพของโรคผู้ป่วยจะหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย และเจ้าอารมณ์ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด และจากการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพหลังการดูแล โดยมีอาการเครียดมากที่สุด (ร้อยละ 22.5) เนื่องจากการทำกิจกรรมมากและการพักผ่อนไม่เพียงพอ จะทำให้ร่างกายสร้างสารที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ความต้องการในการทำงานลดลง และการนอนไม่พอทำให้ร่างกายไม่สดชื่น ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า และการเผชิญกับความเครียด สภาพจิตใจจะเกิดความเบื่อหน่าย ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้า สอดคล้องกับการศึกษาของ คลาร์ก (Clark, 2002)

สมมติฐานที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ($r = -.010, p < .01$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นทางด้านอารมณ์ การเงิน แรงงาน วัตถุ สิ่งของ หรือข้อมูลข่าวสารจะเป็นการช่วยเสริมแรง สร้างแรงจูงใจและความรู้สึกมั่นใจให้กับญาติผู้ดูแลและช่วยลดความเหนื่อยล้ากับญาติผู้ดูแลได้ ผลการศึกษาที่ได้แตกต่างกันนี้อาจเนื่องจาก ญาติผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ถึงแม้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง หรือกลุ่มสมาชิกในครอบครัว มากแต่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเหลือทางด้านอารมณ์มากกว่าทางด้านอื่นและกิจกรรมการช่วยเหลือก็เป็นกิจกรรมในด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการรักษามากที่สุด (ร้อยละ 60.3) โดยเฉพาะ กิจกรรมค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือทางอ้อมและเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลไม่ต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากการดูแล ในขณะที่กิจกรรมการดูแลอื่นที่ต้องออกแรงญาติผู้ดูแลยังคงต้องทำเหมือนเดิมทุกวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องน้ำ การดูแลการ

ขับถ่าย การทำอาหาร การตวงน้ำดื่ม การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การรักษาพยาบาล การดูแลทางด้านจิตใจ ยังคงเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลยังคงต้องทำอย่างต่อเนื่องและดูแลทุกวัน ถึงแม้จะมีบุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแลทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้อยู่บ้าง แรงสนับสนุนทางสังคมจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า

สมมติฐานที่ 4 ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแลและ แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

การศึกษาพบว่า ทั้งภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 35 สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน (2536) และ คาริกา ชารบัวสวรรค์ (2542) แต่แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากภาวะสุขภาพจะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลผู้อื่น เพราะถ้าร่างกายเกิดความเจ็บป่วยจะทำให้หวั่นไหวในร่างกายไม่สามารถปฏิบัติตามหน้าที่ได้ตามปกติ มีการเผาผลาญและดึงพลังงานที่สะสมมาใช้และมีการสะสมของเสีย ประกอบกับความเครียดจากการดูแลทำให้ร่างกายมีความเหนื่อยล้าโดยตรงต่อญาติผู้ดูแล ส่วนภาระในการดูแล เนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยทำงานและทำงานนอกบ้านซึ่งมีหลายบทบาทรวมทั้งบทบาทในครอบครัวที่จะต้องดูแลสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยมีความต้องการในการดูแลและบางกิจกรรมก็มีความยากลำบากในการดูแล เช่น การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความเหนื่อยล้าแต่ไม่มีนัยสำคัญอาจเนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับทางอ้อมเช่น การได้รับความช่วยเหลือทางด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายในบ้าน และการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แต่กิจกรรมอื่นญาติผู้ดูแลยังต้องใช้กำลังกายในการดูแลผู้ป่วยเช่นเดิม จึงทำให้ญาติผู้ดูแลยังคงมีความเหนื่อยล้า

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรวมทั้งศึกษาการทำนายความเหนื่อยล้า โดยตัวแปรภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ทฤษฎี The Theory of Unpleasant symptoms มาเป็นกรอบแนวคิด การศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นญาติผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลพญาไท3 โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงพยาบาลศิริราช และมูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์ ที่มารับการฟอกเลือดระหว่าง เดือนพฤษภาคม 2551 ถึง เดือน สิงหาคม 2551 จำนวน 78 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยและมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นญาติหรือผู้ดูแลหลัก อาจมีความสัมพันธ์ในฐานะใดฐานะหนึ่งกับผู้ป่วย เช่น คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนที่ดูแลรับผิดชอบ และเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยว่าเป็นญาติผู้ดูแลหลัก
2. เป็นผู้ที่ทำกิจกรรมการดูแล ในด้านต่างๆต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร การเดินทาง การรักษา และค่าใช้จ่าย โดยจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่นานพอที่จะเกิดความเหนื่อยล้า (กัญญรัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; Clark, 2002) โดยไม่รับค่าตอบแทนใดๆที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล
3. ญาติผู้ดูแลมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ รับรู้ บุคคล วัน เวลา และสถานที่ สามารถเข้าใจพูดและเขียนภาษาไทยได้ รวมทั้งสามารถตอบแบบสอบถามได้ในกรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (Cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) จะต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
4. ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set test) (Isaacs & Akhtar, 1972 อ้างใน บุญมาศ จันศิริ มงคล, 2550)

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพ

2.3 แบบวัดภาระในการดูแล (Caregiving Burden Scale) ซึ่ง ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย (2540) พัฒนามาจากแบบวัดภาระในการดูแลของโอเบิร์ต (Oberts et al., 1989) ในการศึกษาได้ทดลองใช้กับญาติผู้ดูแล 78 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอัลฟาเท่ากับ .89

2.4 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม นำมาจากแบบวัดของบุญรอด คอนประเพ็ง (2549) ในการศึกษาได้ทดลองใช้กับญาติผู้ดูแล 78 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอัลฟาเท่ากับ .90

2.5 แบบวัดความเหนื่อยล้า ภาวดี โพธิ์คุปต์ (2543) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ พิวส์ และคณะ (Pugh et al., 1993) ในการศึกษาได้ทดลองใช้กับญาติผู้ดูแล 78 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับอัลฟาเท่ากับ .921

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistic Package for the Social Science) Version 15 for Windows ในการวิเคราะห์สถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติทดสอบพหุคูณ

ผลการศึกษารังนี้พบว่า

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความเหนื่อยล้าปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 50.22 จากค่าคะแนน 100 คะแนน
2. ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
3. ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
4. แรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
5. ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความ

เหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้ร้อยละ 35 โดยภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพญาไท3 โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงพยาบาลศิริราช และมูลนิธิโรคไต โรงพยาบาลสงฆ์ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการอ้างอิงไปถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่รักษาที่อื่น และอาจไม่ครอบคลุมถึงญาติผู้ดูแลที่ทำกิจกรรมการดูแลอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้พบที่ศูนย์ฟอกเลือด ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอาจมีเหตุการณ์อื่นมาเกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ในการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดในการให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแล ซึ่งอาจช่วยให้เข้าใจถึงความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการศึกษาที่ว่า ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลที่มีค่าเฉลี่ยสูง 2.5 ขึ้นไป ได้แก่ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ การให้กำลังใจ ปลอบใจอยู่เป็นเพื่อน และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เป็นกิจกรรมการดูแลที่เป็นภาระในการดูแลมาก ดังนั้น เพื่อช่วยลดภาระในการดูแลของญาติ จึงขอเสนอแนะให้มีการวางแผนช่วยเหลือในการดูแลให้สอดคล้องเหมาะสม กับภาระในการดูแลของญาติแต่ละคน ควรมีการให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะในการดูแล เช่น การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฝึกเทคนิคการให้กำลังใจ และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การจัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด และมีการสร้างสัมพันธภาพ และการให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรให้ความรู้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจญาติผู้ดูแลและวางแผนปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือญาติในการดูแล และควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลในการประเมินความเหนื่อยล้าและจัดการกับความเหนื่อยล้า

ด้านการวิจัยการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการต่างกันเช่นในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดทางช่องท้อง กลุ่มที่รักษาด้วยการปลูกถ่ายไตและศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเหนื่อยล้า
2. ควรมีการนำเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมแบบอื่นมาใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าและเป็นตัวทำนายความเหนื่อยล้าได้ แต่ในผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ซึ่งอาจเป็นเนื่องจากการนำเครื่องมือมาใช้ไม่เหมาะสม

ความเหนื่อยล้า และปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้า ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย
ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

(FATIGUE AND PREDICTING FACTORS IN FAMILY CAREGIVERS OF
END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS WITH HEMODIALYSIS)

อุษณีย์ เหมแหวน 4636953 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, D.S.N. (Adult Health Nursing),

สุปรีดา มั่นคง, Ph.D. (Gerontological Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีแนวโน้มเข้ามารับการรักษาสูงขึ้น จากการสำรวจของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาทดแทนไตมีจำนวนมากขึ้นจาก 9,500 ราย ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 11,208 ราย ในปี พ.ศ. 2547 (ลินา องอาจยุทธ, 2547) โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน และค่าใช้จ่ายสูง และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเมื่อการดำเนินโรคมถึงระยะสุดท้ายต้องรักษาด้วยการฟอกเลือด ในปัจจุบันวิธีที่นิยมรักษามี 2 แบบ คือ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นวิธีที่นิยมมากกว่าทางช่องท้อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ สามารถทำงานและดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ แต่เมื่อถึงระยะเวลานึ่งที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดพยาธิสภาพของโรคต่างๆ เพิ่มขึ้น ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด ผู้ป่วยจึงต้องการพึ่งพาผู้อื่นเข้ามาช่วยเหลือดูแล และจัดการสิ่งต่างๆ มากขึ้น สมาชิกในครอบครัวหรือนุคคลใกล้ชิดที่เข้ามา มีบทบาทรับหน้าที่ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะเรียกว่า “ญาติผู้ดูแล” (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ญาติผู้ดูแลที่มาช่วยจัดการเรื่องต่างๆ ให้กับผู้ป่วยทำให้ญาติผู้ดูแลต้องเพิ่มหรือเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบอาจต้องทำงานพิเศษเพื่อเพิ่มรายได้ ต้องเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ในการดูแลทำให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ความเหนื่อยล้า (ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย, 2540)

ความเหนื่อยล้า เป็นความรู้สึกของบุคคลว่ารู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ขาดพลังงานและหมดแรง ความเหนื่อยล้ามีสาเหตุมาจากด้านร่างกาย และจิตใจ ทางด้านร่างกายได้แก่ การเกิดพยาธิสภาพของโรค การทำงานหนัก การพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหาร ทางด้านจิตใจ ได้แก่ การขาดแรงจูงใจ เบื่อหน่าย และเครียด (Piper, 1993 อ้างใน กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539) ความเหนื่อยล้าถ้าเป็นมากกว่า 1 เดือน อาจทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเรื้อรัง และนำไปสู่ความเจ็บป่วยด้านร่างกาย ความเหนื่อยล้าจึงเกิดขึ้นได้เสมอ และเป็นปัญหาสำคัญที่สุดของญาติผู้ดูแล (Jensen & Given, 1991)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ภาวะสุขภาพ ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ของญาติผู้ดูแล (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร, 2539; Clark, 2002; Teel & Press, 1999) ส่วนใหญ่จะศึกษาในญาติผู้ดูแลกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ กลุ่มผู้สูงอายุ ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลในกลุ่มนี้ ผลการศึกษาจะช่วยให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพตระหนักถึงความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และนำความรู้ไปใช้ในการประเมินความเหนื่อยล้า วางแผนให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม และให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

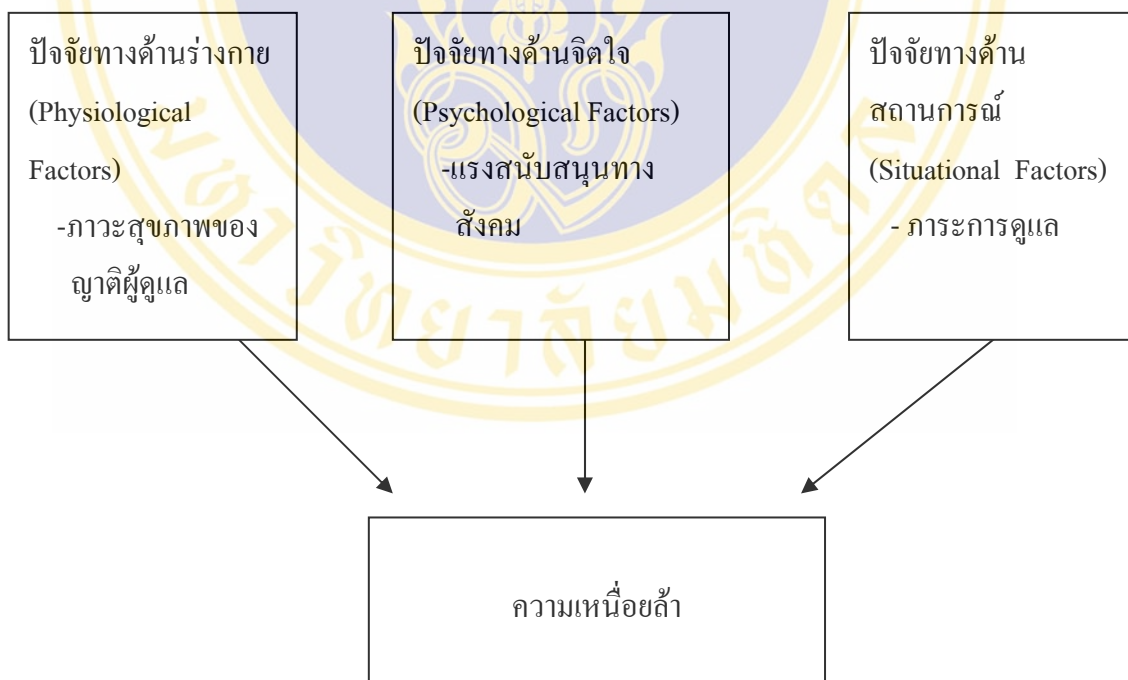
การศึกษานี้ เป็นการศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้า โดยใช้ทฤษฎี The Theory of Unpleasant Symptoms พัฒนามาจาก 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่มอาการเหนื่อยล้าในหญิงระหว่างคลอดบุตร และหลังคลอดบุตร กับกลุ่มอาการเหนื่อยและหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง พิวส์ และมิลลิแกน (Pugh & Milligan, 1993) ได้พัฒนารอบแนวคิดนี้และอธิบายถึงความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นมาจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสรีระวิทยา (Physiological factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) และปัจจัยทางด้านสถานการณ์ (Situational factors)

ปัจจัยทางด้านสรีระวิทยา เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของร่างกาย และเกิดความต้องการในการใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น เช่น การเกิดพยาธิสภาพของโรค การเกิดอาการบาดเจ็บ ภาวะที่ได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอ

ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล การขาดแรงสนับสนุนทางอารมณ์ ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าง่ายขึ้น

ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ จะรวมถึงสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม และทางกายภาพ ปัจจัยสถานการณ์ที่นำมาใช้ในการศึกษา เช่น สถานภาพสมรส สภาพการทำงาน สถานะทางเศรษฐกิจ และพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต

ในการศึกษานี้ ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา ที่เลือกมาศึกษา คือ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ที่นำมาศึกษา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางด้านสถานการณ์ ได้แก่ ภาระการดูแล ซึ่งตัวแปรที่เลือกมาศึกษาในครั้งนี้ เป็นตัวแปรที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมว่า สามารถส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลได้ (กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร 2539; Clark, 2002.; Teel & Press, 1999) ปัจจัยทั้ง 3 ประการที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า นำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความเหนื่อยล้ามากน้อยเพียงไร
2. ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือไม่
3. ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความเหนื่อยล้า ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
3. เพื่อศึกษาตัวทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมมติฐานการวิจัย

- สมมติฐานที่ 1 ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล
- สมมติฐานที่ 2 ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล
- สมมติฐานที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล
- สมมติฐานที่ 4 ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนาย ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาล 4 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 78 คน ใช้ระยะการศึกษาตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2551

นิยามศัพท์

ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล หมายถึง ระดับการรับรู้ความรู้สึกรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนในขณะนั้นว่ามีสุขภาพดีเพียงใดโดยวัดระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลเป็นแบบ visual analog scale คะแนนเต็ม 100 คะแนน คะแนนสูง การรับรู้ภาวะสุขภาพดี

ภาระในการดูแล หมายถึง ระดับการรับรู้ของญาติผู้ดูแลถึงความต้องการของผู้ป่วยในการที่จะให้ญาติผู้ดูแลทำกิจกรรมการดูแลและรับรู้ถึงความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้น วัดโดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของโอเบิซท์ ฉบับแปลและดัดแปลงโดย สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2537) และนำมาปรับข้อความบางส่วนให้เหมาะสมกับญาติผู้ดูแลโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดย ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย (2540) แบบวัดนี้เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าเกิดสเกล 5 อันดับ คะแนนมาก หมายถึง ภาระในการดูแลมาก

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปริมาณความช่วยเหลือที่ญาติผู้ดูแลได้รับ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การช่วยเหลือทางด้านสิ่งของและการได้รับการบริการ การช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร จากบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ และกลุ่มบุคคลใกล้ชิด วัดโดยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาจากแนวคิดของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) และนอร์เบค และคณะ (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981) นำมาใช้โดย บุญรอด ดอนประเพ็ญ (2549) แบบวัดนี้เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าเกิดสเกล 5 อันดับ คะแนนสูง หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมมาก

ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล หมายถึง ระดับการรับรู้ถึงความรู้สึกรู้สึกหมดแรงและศักยภาพในการทำงานและจิตใจของญาติผู้ดูแลลดลง โดยมีสาเหตุมาจากการใช้พลังงานในร่างกายเพิ่มมากขึ้น การพักผ่อนไม่เพียงพอ จากการระงับในการดูแลผู้ป่วย และเครียดจากการไม่มีแหล่งช่วยเหลือซึ่งสามารถประเมินความเหนื่อยล้าได้จากได้โดยใช้แบบสอบถามอาการความเหนื่อยล้าของพิวส์

และคณะ (Pugh et al., 1993 อ้างใน ภาวดี โพธิ์ชัยคุปต์, 2543) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย ภาวดี โพธิ์ชัยคุปต์ (2543) แบบวัดนี้เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีความเห็น้อยล้ามาก

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลพญาไท 3 โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงพยาบาลศิริราช และมูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์ ที่มารับการฟอกเลือดระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึงเดือน สิงหาคม 2551 จำนวน 78 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดคุณสมบัติ ได้แก่ 1). เป็นญาติหรือผู้ดูแลหลัก 2). เป็นผู้ที่ทำกิจกรรมการดูแลอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น การเดินทาง การจัดเตรียมอาหาร การรักษา หรือค่าใช้จ่าย โดยจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องให้แก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป 3). ญาติผู้ดูแลมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป กรณีที่ญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (Cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ และมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน 4). ยินดีเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองญาติผู้ดูแลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ เพื่อเข้าร่วมในการทำวิจัย เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ไอแซคส์ และอักฮตาร์ (Isaacs & Akhtar, 1972 อ้างใน บุญมาศ จันศิริมงคล, 2550) เป็นข้อคำถามให้ญาติผู้ดูแลเขียนชื่อของสัตว์ ผลไม้ จังหวัด หมวดละ 10 ชื่อ เกณฑ์ การให้คะแนนคือ ตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (normal cognitive status)

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และของญาติผู้ดูแล ข้อคำถาม ประกอบด้วยอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง และระยะเวลาที่ฟอกเลือด ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะการเงิน โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพหลังการดูแล การดูแลในด้านต่างๆ บุคคลที่สามารถช่วยเหลือในการดูแล และช่วยดูแลในด้านใดบ้าง

3. แบบประเมินภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยให้ญาติผู้ดูแลประเมินตนเองว่ามีสุขภาพอยู่ในระดับใด ลักษณะเครื่องมือเป็นเส้นตรงแนวนอนที่มีความยาว 10 เซนติเมตรเกณฑ์การวัดเป็น visual analog scale ด้านซ้ายมือสุดหมายถึง ระดับภาวะสุขภาพไม่ดีเลยเป็น 1 คะแนน ส่วนด้านขวาสุดมีระดับภาวะสุขภาพดีมาก คิดเป็น 100 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึงภาวะสุขภาพยิ่งดี

4. แบบวัดภาระในการดูแล (Caregiving Burden scale) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดภาระในการดูแล สร้างโดยโอเบิร์ต (Oberts, 1991 อ้างใน ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย, 2540) เป็นการวัดในความต้องการการดูแล กับความยากลำบากในการดูแล ผลรวมของคะแนนจะเป็นภาระการดูแล คะแนนรวมยิ่งมาก หมายถึงภาระการดูแลยิ่งสูง ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาในการศึกษานี้เท่ากับ .89

5. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire Part II:SSQ Part II) ใช้วัดตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม ในงานวิจัยนี้ใช้แบบวัดส่วนที่ 2 โดยบุญรอด ดอนประเพ็ง (2549) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988) ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ เชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) และแรงสนับสนุนทางสังคมของ นอร์เบค (Norbeck Social Support Questionnaire) ซึ่งสร้างโดย นอร์เบคและคณะ (Norbeck et al., 1981) เป็นการวัดแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคคล 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มครอบครัว กลุ่มคนใกล้ชิด และกลุ่มทีมสุขภาพ คะแนนรวมยิ่งมาก หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมยิ่งมาก ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาในการศึกษานี้เท่ากับ .90

6. แบบวัดความเหนื่อยล้า (The Modified Fatigue Symptoms Checklist : MFSC) สร้างโดย พิวส์ และ คณะ (Pugh et al., 1999) ซึ่งพัฒนามาจากการประเมินความเหนื่อยล้าทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจของผู้ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม และพัฒนานำมาใช้ประเมินความเหนื่อยล้าในผู้หญิงหลังคลอดบุตร การประเมินใช้เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนรวมยิ่งมาก หมายถึงความเหนื่อยล้ายิ่งมาก ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟาในการศึกษานี้เท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตรวบรวมข้อมูล จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาไท 3 โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงพยาบาลศิริราช และเลขาธิการมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย

2. ภายหลังจากการได้รับหนังสืออนุญาตรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลของแผนกฟอกเลือด เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูล
3. เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. พิจารณาสีทึบผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนทำการตอบแบบสอบถาม แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามแต่ละชุด โดยเรียงลำดับจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบวัดการดูแล แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความเหนื่อยล้า
5. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนทำการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistic Package for the Social Science) Version 15 for Windows ดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย ข้อมูลส่วนบุคคล สุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยล้า ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ พิสัย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอ้างอิงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ระหว่างตัวแปรสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระในการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยล้า ที่ระดับนัยสำคัญ .05 วิเคราะห์หาตัวทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล โดยใช้ สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 78 คน มีอายุเฉลี่ย 47.80 ปี (SD = 13.02) มีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 38.5 ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 67.05 เดือน ใช้เวลาในการดูแลในวันที่ไปฟอกเลือดเฉลี่ย 8.58 ชั่วโมงต่อวัน ญาติผู้ดูแลไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.3 รับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วน ร้อยละ 44.9 กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมการดูแลทั้งหมดเฉลี่ย 6.85 กิจกรรม โดยกิจกรรมการเดินทางเป็นกิจกรรมที่ทำมากที่สุด ร้อยละ 82.1 บุคคลที่ช่วยเหลือในการดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้อง ร้อยละ 44.9 ส่วนใหญ่จะช่วยเหลือในด้านค่าใช้จ่ายและการเดินทาง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 73.42 ค่าคะแนนภาวะในการดูแลเฉลี่ย 35.38 (SD = 8.94) มีภาวะในการดูแลด้านการจัดการเดินทาง หรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วยมากที่สุด (M = 2.74) ค่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวม 20.16 (S.D. = 7.71) กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด (M = 7.97, S.D. = 2.36) ค่าคะแนนความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล โดยเฉลี่ย 50.20 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพ ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล (n = 78)

ตัวแปร	Min	Max	Mean	SD
ภาวะสุขภาพ	40	100	73.42	16.6
ภาวะการดูแล	21.16	69.62	35.38	8.94
แรงสนับสนุนทางสังคม	0	60	20.16	7.71
ความเหนื่อยล้า	30	94	50.20	13.72

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภาวะสุขภาพ ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า ($r = -.545, p < .01$) ภาวะการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า ($r = .454, p < .01$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ($r = -.010, p = .932$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ ภาวะในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n = 78)

ตัวแปร	1	2	3	4
ภาวะสุขภาพ	1.00			
ภาวะการดูแล	-.491**	1.00		
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.198	.062	1.00	
ความเหนื่อยล้า	-.545**	.454**	-.010	1.00

**p < .01

ผลการศึกษาความสามารถในการทำนาย พบว่า ภาวะสุขภาพ ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลได้ ร้อยละ 35 โดยภาวะสุขภาพมีความสามารถในการทำนายที่ดีที่สุด ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีส่วนร่วมในการทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงแบบพหุคูณ (Multiple Regression) ทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ปัจจัยทำนาย	R	R ²	B	STE	β	t	p-value
ภาวะสุขภาพ	.596	.355	-.370	.076	-.450	-4.117	.05
ภาระการดูแล			2.71	1.050	.240	2.241	.05
แรงสนับสนุนทางสังคม			-.120	.093	-.114	-1.195	.24

overall $F_{3,74} = 13.590, p < .05$ Constant = 57.693

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 78 คน ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.1 สอดคล้องกับการศึกษาของสายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) เนื่องจากลักษณะสังคมไทยที่ผู้หญิงได้รับการอบรมให้เป็นผู้ดูแลบ้าน และสมาชิกในครอบครัว ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 47.80 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.1 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ร้อยละ 38.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ เนตรชัง (Natechang, 2002) ที่พบว่าโดยเฉลี่ยญาติผู้ดูแลจะอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะและสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ สถานภาพการเงินพอใช้และมีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 43.6 ญาติผู้ดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วน ร้อยละ 44.9 สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล (2550) ที่พบว่าญาติผู้ดูแลรับผิดชอบค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่ายา และการรักษา ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

หลังการดูแลญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 41 และมีอาการเครียดมากที่สุด ร้อยละ 22.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ เนตรชัง (Natechang, 2002) ที่พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีปัญหาสุขภาพหลังการดูแล เนื่องจากต้องช่วยยกประคองและออกแรงในการทำกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลมากกว่าร้อยละ 50 ให้การดูแลมากที่สุด คือ การจัดการเรื่องการเดินทาง หรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วย ร้อยละ 82.1 เนื่องจากผู้ป่วยอาจเกิดอาการที่ทำให้เกิดอันตรายระหว่างเดินทาง เช่น อาการหอบเหนื่อย เวียนศีรษะ หน้ามืดจะเป็นลม ซึ่งมักจะเกิดขึ้นหลังฟอกเลือด จึงต้องการผู้ร่วมเดินทางเพื่อเฝ้าระวังอาการ และอันตรายที่จะเกิดขึ้น กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลทำให้กับผู้ป่วยน้อยที่สุด คือ การใช้ห้องน้ำ (ร้อยละ 25.6) เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ส่วนใหญ่มีปัสสาวะออกน้อยหรือบางคนไม่มีปัสสาวะออกเลย จึงมีความจำเป็นในการใช้ห้องน้ำน้อย

บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแลมากที่สุดคือ ญาติพี่น้อง ร้อยละ 44.9 ส่วนใหญ่ช่วยเหลือด้านการเดินทางและค่าใช้จ่ายในการรักษา ร้อยละ 60.3 สอดคล้องกับการศึกษาของเดสโรซีเออร์ (Desrosier et al., 1992) พบว่าญาติผู้ดูแลต้องการแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งสามารถช่วยเหลือทางการเงิน และช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้ เพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีเวลาว่างจากการดูแลผู้ป่วยได้ชั่วคราว มีเวลาพักผ่อน และปฏิบัติกิจกรรมที่ตัวเองต้องการ

ญาติผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของตนว่ามีสุขภาพดี มีคะแนนเฉลี่ย 73.42 และหลังจากดูแลผู้ป่วยแล้ว ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 59.0 เนื่องจากระยะเวลาในการเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล และระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยยังไม่นานพอที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กายนอร์ (Gaynor, 1989) ที่ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานจะมีปัญหาสุขภาพ เนื่องจากกิจกรรมดูแลที่ยาวนานทำให้ร่างกายสูญเสียพลังงาน มีการดึงพลังงานที่สะสมออกมาใช้ มีการสะสมของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญเพิ่มมากขึ้น มีผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพ และนำไปสู่ความเหนื่อยล้า ซึ่งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ญาติผู้ดูแลจึงไม่ต้องใช้พลังงานในส่วนนี้มากนัก อีกทั้งยังมีบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือในการดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพของตนไปในขณะนี้อาจดี

ญาติผู้ดูแลมีภาระในการดูแลปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 35.38 (SD = 8.94) โดยมีภาระในการดูแลด้านการจัดการการเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วยมากที่สุด (Mean = 2.74, SD = 0.88) สอดคล้องกับการศึกษาของ โอเบิสท์ (Oberst, 1989) ศึกษาการประเมินสถานการณ์การดูแลของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการฉายแสง พบว่า การเตรียมการเดินทางเป็นกิจกรรมการดูแลที่เป็นภาระมากที่สุด ภาระการดูแลด้านอื่นๆรองลงมา ได้แก่ การจัดการกับ

พฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Mean = 2.69) การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ (Mean = 2.66) การให้กำลังใจ การปลอบใจ การอยู่เป็นเพื่อน (Mean = 2.60) และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน (Mean = 2.69) ส่วนกิจกรรมอื่น ภาระในการดูแลน้อยลงเนื่องจากมีบุคคลอื่นมาช่วยเหลือในการดูแล กิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลทำน้อยกว่าผู้มาช่วยเหลือ คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ เนื่องจากการฟอกเลือดต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ญาติพี่น้องที่ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักได้จึงดูแลในด้านอื่นๆ แทน

ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 20.16, SD = 7.71) โดยได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด (Mean = 7.97) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แรงสนับสนุนทางอารมณ์ได้จากกลุ่มสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด (Mean = 2.38, SD = 1.44) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี ปังกร (Papangkorn, 2003) เนื่องจากความผูกพันรักใคร่กันในครอบครัว การช่วยเหลือเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยสมาชิกในครอบครัวจึงเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือ และแบ่งหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือกันในด้านอื่นๆ เช่น ช่วยเหลือทางการเงินแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของและบริการ ได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด (Mean = 5.95, SD = 0.80) เนื่องจากความรู้ความสามารถในการดูแลของทีมสุขภาพ การให้คำอธิบาย คำแนะนำข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรักษา (2542) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่ญาติผู้ดูแลได้รับในระดับสูง คือการได้รับความช่วยเหลือและการได้รับคำแนะนำต่างๆ นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ยังได้มีโอกาสพูดคุยถึงอารมณ์ จิตใจ และได้สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแลทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์อีกด้วย (Mean = 2.05, SD = 1.08)

ความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 50.20, SD = 13.72) สอดคล้องกับการศึกษาของเจนเซน และกิฟเวน (Jensen & Given, 1993) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าปานกลาง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องเพิ่มบทบาทและต้องใช้เวลาในการดูแลทำกิจกรรมทำให้เกิดความเครียดและนำไปสู่ความเหนื่อยล้า แต่เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารและการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจและรู้สึกเต็มใจในการที่จะดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ญาติผู้ดูแลมีความรักใคร่ผูกพันและเต็มใจที่จะดูแล มีสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแล และผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ญาติผู้ดูแลจึงไม่ต้องทำงานพิเศษเพื่อเพิ่มรายได้ ความเหนื่อยล้าจึงน้อยลง

จากการทดสอบสมมติฐาน ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ($r = -.545, p < .01$) หมายถึง ถ้าญาติผู้ดูแลมีสุขภาพดี ญาติผู้ดูแลจะมีความเหนื่อยล้าต่ำ แต่ถ้า

ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดีก็จะมีผลต่อความเหนื่อยล้าสูง เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง ทำให้ได้รับพลังงานไม่เพียงพอ และนำไปสู่ความเหนื่อยล้าสอดคล้องกับการศึกษาของทีล และเพรส (Teel & Press, 1999) พบว่าญาติผู้ดูแลที่มีความเจ็บป่วยร่วมด้วย จะมีความเหนื่อยล้ามากกว่าญาติผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพดี

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ($r = .454, P < .01$) แสดงว่า ถ้าญาติผู้ดูแลมีภาระในการดูแลมาก ญาติผู้ดูแลจะมีความเหนื่อยล้ามากขึ้นเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ที่ศึกษาถึงภาระในการดูแลโดยเทียบกับความต้องการในการดูแลจากจำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยพบว่าจำนวนชั่วโมงที่ดูแลต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลด้านการเดินทางเป็นภาระการดูแลมากที่สุด ซึ่งมีผลกระทบต่อตารางเวลาการทำกิจกรรมต่างๆของญาติผู้ดูแล อาจทำให้ต้องเพิ่มเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆมากขึ้นทำให้ร่างกายพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลียและนำไปสู่ความเหนื่อยล้า สอดคล้องกับการศึกษาของเจนเซน และกิฟเวน (Jensen & Given, 1993) ที่พบว่า จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลต่อวัน และผลกระทบต่อตารางเวลาของการให้การดูแลมีความสัมพันธ์กับความอ่อนล้า นอกจากการจัดการด้านการเดินทางแล้ว ญาติผู้ดูแลต้องจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น หงุดหงิด เจ้าอารมณ์ ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด สภาพจิตใจเกิดความเหนื่อยหน่าย ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า สอดคล้องกับการศึกษาของคลาร์ก (Clark, 2002)

แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล ($r = -.010, P < .01$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แตกต่างจากการศึกษาของกัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้า ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเสริมแรง และสร้างความรู้สึกลับใจในการดูแลและช่วยลดความเหนื่อยล้าให้กับญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาที่แตกต่างกันนี้เนื่องจากการได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องของญาติผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และช่วยเหลือในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษา และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือทางอ้อม และเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลไม่ต้องใช้พลังงานในการดูแล ในขณะที่กิจกรรมอื่น ญาติผู้ดูแลยังคงต้องทำเหมือนเดิมทุกวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การรักษาพยาบาล การดูแลทางด้านจิตใจ ยังเป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลจึงยังมีความเหนื่อยล้า

จากการวิเคราะห์คัดลอกพหุคูณเพื่อหาตัวทำนายความเหนื่อยล้าพบว่า ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ภาระการดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความเหนื่อยล้าได้ร้อยละ 35 สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) จันทร์เพ็ญ แซ่หวุ่น (2536) และคาธริกา ชารบัวสวรรค์ (2542) เนื่องจากภาวะสุขภาพจะสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติทำให้เกิดความเหนื่อยล้าโดยตรงต่อญาติผู้ดูแล ส่วนภาระในการดูแลเนื่องจากญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานและทำงานนอกบ้าน รวมทั้งบทบาทในครอบครัวที่ต้องดูแลสมาชิกคนอื่นๆ และยังต้องจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจึงทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความเหนื่อยล้าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมโดยทางอ้อม เช่น การช่วยเหลือค่าใช้จ่าย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ซึ่งไม่ได้ช่วยลดกิจกรรมที่ต้องใช้ร่างกาย ญาติผู้ดูแลจึงมีความเหนื่อยล้า

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ โรงพยาบาล 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพญาไท 3 โรงพยาบาลหัวเฉียว โรงพยาบาลศิริราช และมูลนิธิโรคไตโรงพยาบาลสงฆ์ ทำให้เกิดข้อจำกัดอ้างอิงถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่รักษาที่อื่น และอาจไม่ครอบคลุมถึงญาติผู้ดูแลที่ทำกิจกรรมการดูแลอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้พบที่ศูนย์ฟอกเลือด ซึ่งความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นอาจมีเหตุการณ์อื่นมาเกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ในการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดในการให้ความสำคัญกับญาติผู้ดูแล ซึ่งอาจช่วยให้เข้าใจถึงความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการศึกษาที่ว่า ภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลที่มีค่าเฉลี่ยสูง 2.5 ขึ้นไป ได้แก่ การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเฝ้าระวังอุบัติเหตุ การให้กำลังใจ ปลอบใจอยู่เป็นเพื่อน และ

การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เป็นกิจกรรมการดูแลที่เป็นภาระในการดูแลมาก ดังนั้น เพื่อช่วยลดภาระในการดูแลของญาติ จึงขอเสนอแนะให้มีการวางแผนช่วยเหลือในการดูแลให้สอดคล้องเหมาะสม กับภาระในการดูแลของญาติแต่ละคน ควรมีการให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะในการดูแล เช่น การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฝึกเทคนิคการให้กำลังใจ และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การจัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด และมีการสร้างสัมพันธ์ภาพ และการให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรให้ความรู้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจญาติผู้ดูแลและวางแผนปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือญาติในการดูแล และควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลในการประเมินความเหนื่อยล้าและจัดการกับความเหนื่อยล้า

ด้านการวิจัยการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาความเหนื่อยล้าในญาติผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการต่างกันเช่นในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฟอกเลือดทางช่องท้อง กลุ่มที่รักษาด้วยการปลูกถ่ายไตและศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความเหนื่อยล้า
2. ควรมีการนำเครื่องมือวัดแรงสนับสนุนทางสังคมแบบอื่นมาใช้ในการศึกษาครั้งต่อไป เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าและเป็นตัวทำนายความเหนื่อยล้าได้ แต่ในผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า ซึ่งอาจเนื่องมาจากการนำเครื่องมือมาใช้ไม่เหมาะสม

**FATIGUE AND PREDICTING FACTORS IN FAMILY CAREGIVERS OF
END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS WITH HEMODIALYSIS**

USANEE HAEMWEAN 4636953 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : YUPAPIN SIRAPO-NGAM, D.S.N. (Adult
Health Nursing), SUPREEDA MONKONG, Ph.D. (Gerontological Nursing)**EXTENDED SUMMARY****Introduction**

The numbers of persons with Chronic kidney disease seeking treatment is increasing. From a survey conducted by the Nephrology Society of Thailand, it was found that the number of chronic kidney patients seeking hemodialysis treatment increased from 9,500 cases in 2003 to 11,208 cases in 2004 (Leena Ongadyut, B.E., 2547). Chronic kidney disease requires long-term treatment, incurs costly expenses and cannot be cured. Furthermore, once the disease has progressed to its end stages, treatment by dialysis is required wherein two types of treatment are currently popular i.e. hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) wherein hemodialysis is more popular than CAPD as it helps allow patients to practice self-care, work and lead normal lives. However, after a certain period of time, patients experience increased complications and pathologies from various diseases. Patients become incapable of practicing complete self-care, thus compelling them to become more dependent upon other people to help provide care and handle various matters. Family members or people close to these patients who step in to carry out the role of performing the duty of caring for the patients at home can be called “family caregivers” (Yupapin Sirapo-ngam, B.E., 2539).

Caregivers who step in to help handle various matters for patients are faced with additional or altered roles and duties. They may have to take on the additional

responsibility of accepting extra work for supplemental income and learning new experiences in caring for the patients, which results in stress and induces fatigue (Pinpetch Potikudsai, B.E., 2540).

Fatigue is a feeling that results when people feel that they are overly tired, weak, and unwell while lacking energy and feeling that strength has run out. Fatigue is caused by both physical and psychological factors. Physical factors include heavy work, inadequate rest, and eating habits while psychological factors include lack of motivation, boredom, and stress (Piper, 1993). If fatigue lasts for more than 1 month, chronic fatigue may set in and lead to physical illness. Fatigue, therefore, can occur at any time and is the most significant problem for caregivers (Jensen & Given, 1991).

The review of related literature yielded studies about the factors related to fatigue in caregivers e.g., age, health status, care-giving burden, social support, and caregivers' income (Kanyarat Peungbanhan, B.E., 2539; Clark, 2002; Teel & Press, 1999). For the most part, these studies were conducted in caregivers for the following patient groups: cerebral vascular accident, trauma and elderly patients. There are, however, no studies on the group of in End-stage renal disease (ESRD) patients with hemodialysis. The researcher, therefore, is interested in studying the fatigue of caregivers in this group. It is hoped that the research findings will help raise awareness of fatigue among caregivers of ESRD patients with hemodialysis for nurses and healthcare staff. It is further hoped that the knowledge obtained by this research will be used to assess caregiver fatigue, plan assistance, and provide advice for caregivers.

Conceptual Framework

The conceptual framework guiding the study was derived from Pugh and Milligan's framework (Pugh & Milligan, 1997) The framework was developed for the study of fatigue in postpartum woman and dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease patients. The framework, consists of three factors: physiological factors, psychological factors, and situational factors.

Physiological factors are factors related to normal physiological change including pathological changes, organ damaged, inadequate substance, and level of energy. Psychological factors are factors relates to anxiety stress and lack of social support. The people who can not adapt well to psychological changes may easily to fatigue. Situation factors are factors related to social environment, such as, physical environment, working condition, exercise, and life style.

In this study, the selected physiological factor is health status. The selected psychological factor is social support, and the selected situation factor is caregiving burden. These factors are usually cited in the literature review as predisposing factor of fatigue (Kanyarat Peungbanhan, B.E., 2539; Clark, 2002; Teel & Pres, 1999). The proposed framework for study was shown in figure 1.

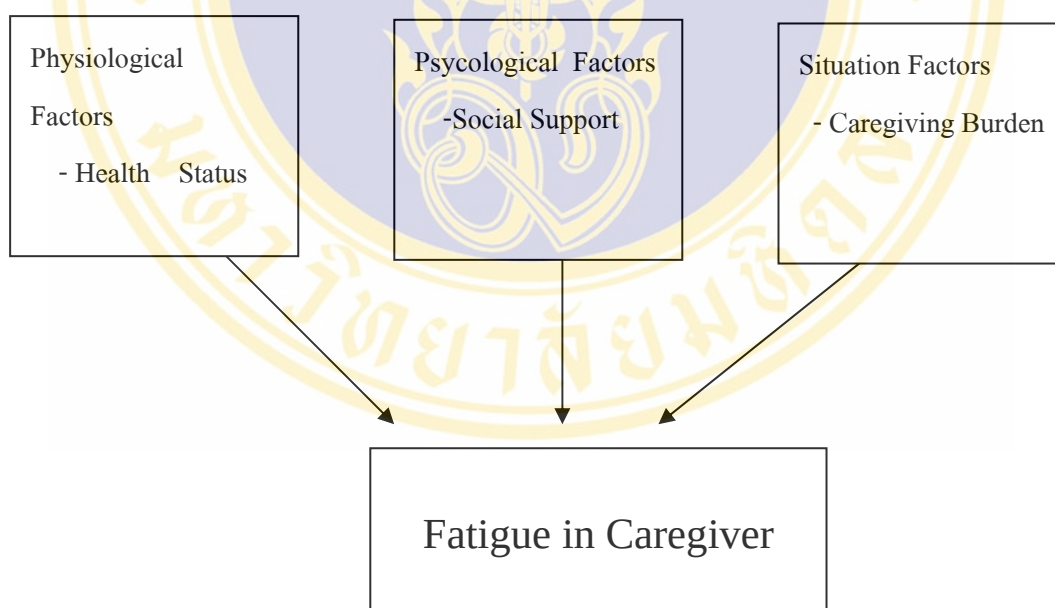


Figure 1 Conceptual framework of the study

Research Questions

The research questions of this study were:

1. How much is the level of fatigue in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis?
2. Are there relationships between caregivers health status, caregiving burden, social support, and fatigue in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis?
3. Can caregivers health status, caregiving burden and social support predict fatigue in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis?

Research Objectives

The objectives of this research were:

1. To describe the level of fatigue in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis.
2. To ascertain relationships between caregiver's health status, caregiving burden, social support, and fatigue in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis.
3. To explore whether caregiver health status, caregiver burden, social support can predict fatigue in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis

Research hypotheses.

1. Caregiver health status were negatively related to fatigue in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis.
2. Caregiving burden were positively related to fatigue in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis.
3. Social support were negatively related to fatigue in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis.
4. Health status, caregiving burden, and social support can predicted fatigue in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis.

Scope of the study.

This research was conducted to identify level of fatigue and factors predisposing to fatigue in 78 family caregivers who taking care of ESRD patients with hemodialysis patients at 4 hospitals in Bangkok, during May 2008 to August 2008.

Definition of Variables

The variables used in this study are defined as:

Caregiver health status is a subjective feeling of family caregivers of ESRD patients with hemodialysis about level of healthy. Health status was measured by the visual analog scale, 10 cms in length. The total score is 100. High scores indicated that caregivers had high level of health status.

Caregiving burden is a state which family caregiver knew ESRD patients demands and difficulty in caring activities. Caregiving burden was measured by caregiver burden scale, original developed by Oberts (1989), translated in to Thai language by Saipin Kasemkijwatna (B.E. 2539) used by Pinpetch Phokudsai (B.E. 2540). High scores indicated that caregivers had high level of care giving burden.

Social Support refers to informational support, emotional support, appraisal and instrumental support that in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis received from person around them. It was measured by Social Support Questionnaire Part II:SSQ Part II, high scored indicated that family caregivers of ESRD patients with hemodialysis had high level of social support.

Fatigue occurs as a result of inadequate rest associated with the care of patients and stress from lack of assistance resources. The fatigue questionnaire of Pughes and colleagues (Pugh et al., 1993 cited in Pawadee Pochaiyakup, B.E., 2543). was used to assess the fatigue of caregivers in this study. This measurement instrument is a

standard assessment based on a 4-level likert scale wherein high scores high levels of fatigue for caregivers.

Materials and Methods

Population and method

A purposive sample consisted of 78 family caregivers of ESRD patients who treated at Phythai 3 hospital, Hao chiew hospital, Siriraj hospital, and the kidney foundation of Thailand. Data was collected between May until August 2008. To be eligible to the study, the family caregivers were: 1). primary caregivers. 2). caring at least one activity and caring for more than one month. 3). age more than 18 years, if age more than 60 years the family caregivers have to pass the set test and 4). willing to participate in the study.

Instruments

The instruments used in this study were 6 questionnaires as followed.

1. The set test was developed by Isaacs & Akhar (Issac & Akhar, 1972 cited in Bunmas Chansiriwimol, B.E., 2550). It was used for screening the elderly caregivers for normal cognitive and mental status. Maximum total scores is 40 and scores of 25 and over indicates a normal mental state.
2. Thedemographic questionnaire was developed by the researcher to collected information related characteristics of the sample: sex, age, status, period of care, education, economic status, personal illness, relationship, timing of care during a day, expense of caring, illness after caring, caring activities, caregivers assistant, and activities of caregivers assistant.
3. Caregiver health status instrument was a visual analog scale of the level of health status ranging from one as the health status was not good to 100 as the health status was the best.
4. Caregiving burden questionnaire, Pinpetch Phokudsai (B.E. 2540) modified this instrument from Oberts (1991). The caregiving burden questionnaire consists of demand of care and difficulty of care which were indicated on the 5- point likert scale. There were 15 items included the tool. Square root of total score of demand and difficulty of care was caregiving

- burden. The total score ranging from 15-75. Higher scores indicated higher level of burden. The Cronbach's Alpha coefficient was .89 from this study.
5. Social support questionnaire was developed by Schaefer and colleagues (1981) and Norbeck and colleagues (1981). The questionnaire consisted of emotional support, information support, and tangible support from three sources: family members, friends, and health care professionals which were indicated on the 5 point likert scale from 0 = never received support to 4 = almost always received support. The total range from 0-60. Higher scores indicated higher received support. The Cronbach's Alpha coefficient was .90 from this study.
 6. The Modified Fatigue Symptoms Checklist was originally developed by Yoshitake (1971), modified by Pugh and others (1995). Used by Pawadee Pochaiyakup (B.E. 2543). It was 4 point likert scale that allowed the sample rated their level of fatigue. There were 30 items included in the tool. Higher scores indicated higher level of fatigue. The Cronbach's Alpha coefficient was .92 from this study.

Data collection

Following approval from the ethical committee on human rights Faculty of Medicine, Ramathibodi hospital and Siriraj ethics committee, Mahidol University. Data were collected by the following procedures:

1. The formal letter from the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, was submitted to the director of Phyathai 3 Hospital, Hua chiew Hospital, Siriraj Hospital and the Kidney Foundation of Thailand in order to get permission to collect the data.
2. The researcher met with the director of Nursing and the head nurse of hemodialysis center after the permission from the director of the hospital was released, to inform the participant about the objectives of the study, procedures, and the data collection.
3. The sample was selected based on the inclusion criteria.
4. The set test, the demographic data questionnaire, Health Status visual analog scale, Caregiving Burden scale, Social support questionnaire, the

Modified Fatigue Symptoms Checklist were administered to the samples respectively.

5. The data were checked for competences before analyzing the data.

Data Analysis

The Data obtained were analyzed by using the Statistical Package for the Social Science/for Windows (SPSS/FW) version 15. The analyses were as follow:

1. Descriptive statistics: frequency, percentages, range, mean, and standard deviation were used to describe sample characteristics, level of caregiver health status, caregiving burden, social support, and the level of fatigue.
2. The Pearson's Product Moment correlation coefficients were computed to ascertain the relationships between caregiver health status, caregiving burden, social support, and the fatigue in the family caregivers of end-stage renal disease patients with hemodialysis.
3. Multiple regression analysis was used to find out the predictors of fatigue in the family caregivers of end-stage renal disease patients with hemodialysis.

Results

The sample in this study consisted of 78 family caregivers. Their ages ranged from 20-71 years with the mean of 47.8 years (SD = 13.02). Period of care ranged from 1-240 months, with the mean of 67.05 months, used the average time of caring per day 8.58 hours. 48.7 % of family caregivers cares 6-10 activities for the ESRD patients . The most of care activities was travelling (82%) . The most of family caregivers assistants were relatives (44.9%)

Caregiving health status ranged from 40-100 with the mean score of 73.42 (SD= 16.6). The scores of caregiving burden ranged from 21.16-69.62 with the mean score of 35.38 (SD = 8.94). The most of caregiving burden was managed traveling or joined with patients (Mean = 2.74). The scores of social support ranged from 0-60 with the mean score of 20.16 (SD = 7.71). Caregivers received the most social support from healthcare providers (mean = 7.97, SD = 2.36). The scores of fatigue ranged from 30-94 with the mean scores of 50.20 (SD = 13.72).

Table 1 Range, Mean, Standard deviation of health status scores, caregiving burden score, social support score and fatigue scores (n = 78)

Variables	Min	Max	Mean	SD
Health Status	40	100	73.42	16.6
Caregiving Burden	21.16	69.62	35.38	8.94
Social Support	0	60	20.16	7.71
Fatigue	30	94	50.20	13.72

As can be seen in table 2, Health status were significant negatively related to fatigue ($r = -.545$, $p < .01$). Caregiving burden were significant positively related to fatigue ($r = .454$, $p < .01$). Social Support were not related to fatigue ($r = -.010$, $p < .932$).

Table 2 The relationship between study variables (n = 78)

Variables	1	2	3	4
Health Status	1.00			
Caregiving Burden	-.491**	1.00		
Social Support	-.198	.062	1.00	
Fatigue	-.545**	.454**	-.010	1.00

** $P < .01$

Results of the study indicated that health status, caregiving burden, and social support were the predictors of fatigue in family caregivers of end-stage renal disease patients with hemodialysis, accounted for 35% of the variance of fatigue ($F_{3,74} = 13.590$, $p < .05$). Health status was the best predictor.

Table 3 Multiple regression analysis to determine predictors of fatigue in family caregivers of end-stage renal disease patients with hemodialysis

Determine Predictors		R	R ²	B	STE	β	t	p-value
Caregiver Health Status		.596	.355	-.370	.076	-	-4.117	.05
Caregiving Burden				2.71	1.050	.240	2.241	.05
Social Support				-.120	.093	-	-1.195	.24
						.114		
overall F _{3,74} = 13.590, p < .05 Constant = 57.693								

Discussion

Most of the family caregivers were female (64.1%). This finding concurred with the study of Saipin Kasemkijwattana (B.E. 2537) who asserted that family caregivers are predominately female because women in Thai society are trained take care of home and family members both in times of good health and sickness. The overall mean age of the sample group was 47.80 years old. The finding concurred with the study of Natchang (2002). Therefore, the samples were mature adults who were capable of handling problems. Financial status was sufficient with savings (43.6%) wherein some subjects had relatives to take partial responsibility for expenses (44.9%). These findings concurred with the findings of Wanpen Ungwattanasirikul (B.E. 2550) who found that relatives were responsible for food, travel expenses, medical expenses, and treatment costs in the care of cancer patients.

The majority of the family caregivers had no health problems after taking care of the patients (59%), which corresponded with the findings of a study by Kanyarat Pounbunhan (B.E. 2539) who found that caregivers had no illnesses while taking care of patients (98%). The subjects in sample group with health problems following care had the highest level of stress (22.5%). The finding concurred with the study of Natchang (2002).

In terms of the activities performed by more than 50% of the family caregivers, it was found that the greatest attention was given to transportation management, or

traveling along with the patients, (82.1%), because patients were faced with potentially harmful symptoms such as panting, dizziness or fainting that commonly occurs following hemodialysis. Thus, there was a need for someone to accompany the patients and take precautions against potential symptoms, and danger. The activity least performed by caregivers for patients was the use of the bathroom (25.6%) because patients with kidney disease who undergo hemodialysis remain capable of helping themselves with the activities of daily living and the most of them had dysuria. Most people provide help to the patients in the form of transportation and treatment costs (60.3%). This finding concurred from Desrosier (1992) who found that family caregivers needed support from family members who could provide finance and care related assistance to the patients so the family caregivers could have period breaks from caring for the patients.

The family caregivers themselves assessed their health status at a good level with a mean score of 73.42 and experienced no health problems after taking care for the patients (59.0 %). This might have been due to the fact that neither the role of caregiver nor the duration of the caring lasted sufficiently long for them to develop health problems. This finding concurred with the findings of a study by Gaynor (1989), who found that caregivers who provided care for patients over a prolonged period of time would develop health problems because long-term provision of care for patients depleted their physical energy stores and metabolic waste that resulted in health problems and exhaustion for the caregivers. In the present study, most of the patients were able to perform the activities of daily living by themselves, so the family caregivers weren't required to spend excessive amounts of energy in this area. Moreover, there were people who provided care-giving support which caused the family caregivers to evaluate their own health status as good.

The family caregivers who had caregiving burden mean scores of 35.38 (SD = 8.94), it was found that the greatest burden was given to transportation management or traveling along with the patients (Mean = 2.74, SD = 0.88). This finding concurred with the study of Oberts (1989). The caregiving burden scores of 2.5 or higher included managing problematic behaviors (Mean = 2.69), accident monitoring (Mean

= 2.66), providing encouragement, consolation and companionship (Mean = 2.60) and monitoring for complications (Mean = 2.69). As for other activities, the caregiving burden was reduced as other people provided assistance. The caregiving activities provided by the family caregivers less than by those who came to help comprised the costs of treatment and other expenses (60.3 %) because most of the people who helped out were relatives and siblings who were unable to provide primary care for the patients, so they compensated by providing other types of care.

For the most part, family caregivers received social support at a medium level with mean scores of 20.16 (SD = 7.71), overall social support from medical staff (Mean = 7.97). When considered in individual terms, it was found that the greatest amount of emotional support came from family members (Mean = 2.38), the finding concurred with the study of Papangkorn (2003), because of family ties. Family members also provided help when a member in the family was ill and they divided responsibilities among themselves.

Social support in terms of news and information regarding goods and services was mostly received from medical staff (Mean = 5.95) because the caregiving knowledge and ability of the healthcare team in addition to their explanations, various suggestions, beneficial news, and information and even opportunities to discuss emotions and mental states as relationships were built with the family caregivers, thus providing the caregivers with good emotional support as well. The finding concurred with the study of Sirinapa Nantapong (B.E. 2542).

The fatigue of the family caregivers in the present study was at a moderate level. This finding agreed with the findings of a study by Jensen & Given (1993) who found that most caregivers of cancer patients had moderate levels of fatigue because the patients were family members whom the caregivers were willing to care for. The fact that there were people who were willing to help take care of the patients, and the fact that the patients were able to help themselves relieved the caregiving burden borne by the caregivers, thus also reducing fatigue.

Health status was negatively related to the family caregivers' fatigue ($r = -.545$, $p < .01$). This meant that family caregivers who were healthy would be less fatigued. Conversely, family caregivers who were unhealthy would be more fatigued. This finding supported the research hypothesis because illness depletes the body's energy stores and reduced energy intake leads to fatigue. This finding concurred with causes the findings of the study of Teel & Press (1999) who found that caregivers who were ill experienced greater fatigue than caregivers who were not ill.

Caregiving burden was positively related to the family caregivers' fatigue ($r = .454$, $p < .01$), thus meaning that family caregivers who had heavier burdens would be more exhausted when taking care of the patients according to the hypothesis that was set. This finding corresponded with the findings of a study by Kanyarat Peungbanharn (B.E. 2539) who studied caregiving burden by comparing to the number of hours spent by caregivers in caring for their patients and found that the number of hours caregivers spent in taking care of patients was positively related to the caregivers' fatigue because heavy burdens cause the caregivers to have not enough time to rest. The caregivers' bodies then produced substances that caused stress as functional efficiency was reduced and fatigue set in.

Social support was unrelated to the fatigue of the family caregivers in this study ($r = .010$, $p < .01$), which did not sustain the research hypothesis that was set and indicating that, This finding differed from the study of Kanyarat Peungbanharn (B.E. 2539) who found that social support was negatively related to fatigue because to the assistance the caregivers received from the relatives of the patients in terms of emotional support and financial assistance for treatment and other costs, which constituted indirect means of providing assistance and were activities that didn't deplete the energy of the caregivers while other activities, e.g. cleansing, monitoring physical changes, and nursing treatment continued to be performed by the caregivers daily and, thus, caused them to be fatigued.

The present study found that the caregivers' health status, the caregiving burden and social support were able to jointly predict fatigue at 35 percent of variance.

This finding concurred from the study of Kanyarat Peungbanharn (B.E. 2539), Janpen Sae-Wun (B.E. 2536), and Darika Tharnbuasawan (B.E. 2542). The occurrence of illness was a direct cause for the fatigue of family caregivers. As for caregiving burden, family roles became a source of fatigue because most of the family caregivers were of working age and worked outside the home. Social support was a joint predictor of fatigue, but with no statistical significance because the social support received was indirect social support. Thus, family caregivers continued to experience fatigue.

Conclusion

Fatigue is a symptom experienced by all caregivers. The level of fatigue found in family caregivers of ESRD patients with hemodialysis which was in 50.20 scores. Caregiver health status was negatively related to fatigue. The caregiving burden was positively related to fatigue. Social support was not related to fatigue. In addition health status, caregiving burden, and social support were found to be the predictor of the family caregivers in ESRD patients with hemodialysis and account for 35 percent of the variance of fatigue, which health status was the best predictor.

Limitations

A purposive sample consisted of 78 family caregivers of ESRD patients who treated at Phythai 3 hospital, Hao chiew hospital, Siriraj hospital, and the kidney foundation of Thailand. Generalization of the results limited due to family caregivers of ESRD patients with hemodialysis in other hospitals and might be not cover family caregivers who taking care another activities.

Implications and Recommendations

The Findings from this study provide considerations for nursing practice, education, and nursing research as follow:

Nursing Practice

According to studies on the care status of family caregivers with average of 2.5 and up, handling of problematic behaviors, monitoring for accidents, providing

encouragement, comfort and company, and monitoring for complications are extremely burdensome activities for family caregivers. Therefore, the following nursing practice are recommended to help reduce the burden of care for family caregivers: 1). Plans should be made for assisted care that suitably corresponds with the caregiving burdens of each individual caregiver. 2). Instruction, advice and caregiving skill practices should be provided for caregivers on special topics, such as fall prevention, instruction about complications associated with ESRD patients on hemodialysis, and 3). Use of practice for motivational techniques and the management of problematic behaviors, stress relief activities and building relationships, and providing encouragement for caregivers.

Nursing Education

Continuing education related to fatigue management strategies should be provided for staff nurses who provide care for family caregivers.

Nursing Research

1. Longitudinal study should be studied the other family family caregivers who provide care for the patients in their ESRD patients with hemodialysis, CAPD, or renal transplantation, and studied about fatigue management.

2. The studied should be use another social support instrument. According to review literature, social support has related with fatigue differed in this study due to social support instrument used in this study might not be appropriate.

รายการอ้างอิง

- กมลวรรณ นารอดภัย. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าต่อระดับความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่เกิดบุตรทางช่องคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา ปิ่นแก้ว. (2547). ความเหนื่อยล้าในระยะคลอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กานดา ออประเสริฐ. (2537). การพยาบาลกับปัญหาผู้ป่วย hemodialysis. ใน อุษณา ลูวิระ, พรรณนุปลา ชูวิเชียร, สุพัฒน์ วาณิชการ (บรรณาธิการ), การบำบัดทดแทนภาวะไตวาย. (หน้า 149-153). กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้ พับลิเคชั่น.
- จันทร์เพ็ญ แซ่หุ่่น. (2536). ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัสศรี ธีระกุลชัย. (2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า ในสตรีไทยหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ชนิดา ปโชติการ. (2550). *Nutrition – Pre & end stage kidney disease*. เอกสารการประชุมวิชาการ เรื่อง Multidisciplinary approach in chronic kidney disease.; วันที่ 18-19 มกราคม 2550. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล.
- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คาริกา ชารบัวสวรรค์. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระดับความพิการของผู้ป่วย กับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาล*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 14(1), 36-45.
- ดิเรก บรรณจักร์. (2549). *Chronic renal failure: Pathophysiology and diagnosis*. เอกสารการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. ระหว่างวันที่ 25-27 กรกฎาคม 2549. สถานบริการพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่.
- ดุสิต สุจิราวัฒน์, ณัฐจารี พิชัยณรงค์ และวิภาดา มหรัตน์วิโรจน์. (2547). *คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไป*. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 34(1), 7-17.
- ไทรรัักษ์ พิสิษฐ์กุล และเกรียง ตั้งสง่า. (2543). *Overview of chronic renal failure*. ใน สมชาย เอี่ยมอ่อง. (บรรณาธิการ). *Nephrology*. (หน้า 1223-1264). กรุงเทพมหานคร: Text and journal.
- ถนอม สุภาพร . (2537). *การบำบัดแทนภาวะไตวาย*. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- ชนันดา ตระการวานิช. (2542). *การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทกล้ามเนื้อและจิตเวช ผู้ป่วย dialysis*. ใน เกรียง ตั้งสง่า และสมชาย เอี่ยมอ่อง. บรรณาธิการ. *Hemodialysis* (หน้า 726-738). กรุงเทพมหานคร: Text and Journal.
- นงลักษณ์ พันชมภู. (2540). *การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพรณ แก้วกรรณ. (2533). *ผลของการงูใจต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญมี แพ้งสกุล. (2545). *ความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญรอด ดอนประเพ็ญ. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะในการดูแล แหล่งเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิตในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานถ สุวลักษณ์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 141-150.
- ปิ่นเพชร โพธิ์กุดสัย. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะในการดูแลผู้ป่วยและความผาสุกในครอบครัวของคู่สมรสของผู้ป่วยที่รอรับการเปลี่ยนไต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พร้อมจิตร ห่อนบุญเข็ม. (2541). *ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม: แนวคิดและการประยุกต์*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ไพฑูรย์ คชเสนี และวชิร คชการ. (2547). *สรีรวิทยาของไต*. ใน วชิร คชการ. (บรรณาธิการ). “ไพฑูรย์ คชเสนี” ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ชาย *Phaitun Gojaseni's textbook of Urology* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2546). *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล*.
กรุงเทพ : สามเจริญพานิชย์ จำกัด.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพา แหล่งสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของญาติผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภavana กิริติยวงศ์. (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัทพี.เพรส.

- ภาวดี โปชัยคุปต์. (2543). *เปรียบเทียบความเหนื่อยล้า ความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ และความพึงพอใจระหว่าง ทำนอนตะแคงและทำนั่งให้นมบุตรในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนม.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). *ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีสาร, 2(1), 84-93.*
- ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2547). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. บุญศิริการพิมพ์: กรุงเทพมหานคร.*
- ลีนา งามงามยุทธ. (2547). *บทบาทและหน้าที่ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 10(3), 263.*
- วนิษา พิงชมภู. (2549). *โภชนาการสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. เอกสารการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. ระหว่างวันที่ 25-27 ก.ค. 2549. สถานบริการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่.*
- วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- วัลลา ดันตโยทัย และประคอง อินทรสมบัติ. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยไตวาย ในสมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 3. (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: วิศิษฎ์สิน.*
- วาทีณี ศรีไทย. (2548). *ผลของการจัดการกับอาการร่วมกับการนวดแผนไทยต่อความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- วิภา วิเสโส. (2545). *การให้ความหมายของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตเมื่อรับบทบาทการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- วิภาวรรณ ชะอุ่ม. (2537). *ภาระในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*

- ศิริภานัน ทพพงษ์. (2542). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร ขัมภลิจิต, สุภาพ ชีระประทีป, และ ชีรนุช ห่านิรัตติย์. (2542). *คู่มือการวินิจฉัยการพยาบาล Manual of Nursing Diagnosis 1995-1996* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร : บุคเน็ท จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: วิเจ ประดิษฐ์.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2547). *การค้นหานแนวทางปฏิบัติตัวและการรักษาโรคไตเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: Medinfo.
- สมฤดี สิทธิมงคล. (2541). *ความเครียด การเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมฤทัย วัชรวิวัฒน์. (2550). *การติดตามผลการใช้ยาเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อน และชะลอการดำเนินไปของโรคไตเรื้อรัง*. เอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง Multidisciplinary Approach in Chronic Kidney Disease. ระหว่างวันที่ 18-19 มกราคม 2550. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2537). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียด ในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา ลิมอานวยลาภ. (2539). *ภาวะไตล้มเหลวเฉียบพลันและเรื้อรัง*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุนา แสนมาโนช. (2541). *ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวรส ปริญญาจิตตะ. (2549). *พยาบาลกับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง: ภาวะวิกฤติ และเรื้อรัง*. เอกสารการประชุมวิชาการ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, ระหว่าง วันที่ 25-27 ก.ค. 2549. สถาบันบริการพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่: เชียงใหม่.

อรุณี นาคะพงศ์. (2539). *ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Acorn, S., & Roberts, E. (1992). Head injury: Impact on the wives. *Journal of neuroscience Nursing*, 24, 324-328.

Aistars, J., (1987). Fatigue in the cancer patients : A concept approach to clinical problem. *Oncology Nursing forum* 14(6), 25-30.

Alvarez- Ude, F, Valdes, C, Estebanez, C, & Rebollo, P. (2004). Health- related quqlity of life of familycaregivers of dialysis patients. [Electronic version]. *Nephrol*, 17(6), 841-850.

Archbold, P.G., Stewart, B.J., Greenlick, M.R. & Harvath, T., (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*. 13: 375-384.

Aronson, L.S., & other. (1999). Defining and measuring fatigue. *Image:Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 45-50.

Baumgarten, M. (1989). The health of persons giving care to the dementia elderly: A critical review of literature. *Journal of clinical Epidemiology*, 42(12), 1134-1148.

Belza, B., Henke, C., Yelin, E., Epstein, W., & Gilliss, C. (1993). Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nursing research*, 42, 93-99.

Boonluk, C. (2005). *The relationship among selected factors, caregiving burden and family well-being in mothers of children with autistic disorders*. Unpublished Master's Thesis in Nursing Science (Pediatric Nursing), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.

Brandt, P.A., & Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measurement. *Nursing Research*, 30(5), 277-280.

Campling, F. & Sharpe, M. (2000). *Chronic fatigue syndrome (CFS/ME) The facts*. New York : Oxford University Press.

Carson, P. (1993). Investing in the comeback: Patient's experience following traumatic brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, 25, 165-173.

- 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(8), 1341-1348.
- Chan, C-W.H., & Chang, B. L. (1999). Stress associated with tasks for family caregivers of patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 22(4), 260-265.
- Chokephichit, P. (2003). *Self-Care of chronic renal failure patients undergoing hemodialysis*. Unpublished Master's Thesis in Nursing Science (adult Nursing), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Clark, C. P. (2002). Effect of individual and family hardiness on caregiver depression and fatigue. *Research in Nursing & Health*, 25, 37-48.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Coleman, C. K., Piles, C. L., & Poggenpoel, M. (1994). Influence of caregiving on families of older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(11), 40-49.
- Davis, L. L. (1992). Building a science of caring for caregivers. *Family and Community Health*, 15(2), 1-10.
- Desrosier, M. B., Catanzaro, M., & Piller, J. (1992). Living with chronic illness: Social support and the well spouse perspective. *Rehabilitation Nursing*, 17, 87-91.
- Dupaskul, S. (2001). *Needs for support among caregivers of AIDS patients at home*. Unpublished Master's Thesis in Nursing Science (adult Nursing), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Dzurec, L. C., Hoover, P.M., & fields, J. (2002). Acknowledging unexplained fatigue of tired woman. *Journal of Nursing scholarship*, 34(1), 41-46.
- Gaston-Johansson, F. (2004). Psychological distress, fatigue, burden of care, and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1161-1169.
- Gaynor, S. (1989). When the caregiver becomes the patient. *Geriatric Nursing*, 10, 121-123.

- Given, B, Stommel, M., Collins, C., King, S., & Given C.W. (1990). Response of elderly spouse caregivers. *Research in Nursing and Health*, 13, 77-85.
- Hanchenlaksh, (1999). *Improvement of workstation for reducing muscular fatigue among female hand-weaving operations*. Unpublished Master's Thesis in Nursing Science (Industrial Hygiene and safety), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Hanprasitkam, J. (2000). Caregivers' needs for caring cerebral palsy children at home. unpublished Master's Thesis in Nursing Science (adult Nursing), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Hanucharunkul, S. (1988). *Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Unpublished Doctoral dissertation in Philosophy, The Graduate school of Wayne state University Detroit, Michigan.
- Hart L., K., Freel, M. I., & Milde, F. K. (1990). Fatigue. *Nursing Clinics of North America*, 25, 967-976.
- Hileman, J. W., Lackey, N. R., & Hassanein, R. S. (1992). Identify the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 19(5), 771-777.
- Hubsky, E. P., & Sears J. H. (1992). Fatigue in multiple sclerosis: Guidelines for nursing care. *Rehabilitation Nursing*, 17, 176-180.
- Iconomou, G., Viha, A., Kalofonos, H. P., & Kardamakis, D. (2001). Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta Oncologica*, 40(6), 766-771.
- Intajuk, D. (2001). *Perception of fatigue in chronically ill patients undergoing weaning from mechanical ventilation*. Unpublished Master's Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Jensen, S., & Given, B. A. (1991). Fatigue affecting Family caregivers of Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 14, 181-187.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, K. A., Hicks, G., & Nino-Murcia, G. (1991). Validity and reliability of scale to assess fatigue. *Psychiatry Research*, 36, 291-298.

- Lens, R. E., Pugh, C. L., Milligan, A. R., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
- Lens, R.E., Suppe, F., Gift, A., Pugh, C.L., & Milligan, A. (1995). Collaborative development of middle-range nursing theories: Toward a theory of unpleasant symptoms. *Advances in Nursing Science*, 17(3), 1-13.
- Lynch –Sauer, J. (1990). When a family member has Alzheimer's disease: A phenomenological. Description of caregiving. [Electronic version]. *Journal of Gerontological nursing*, 16 (9), 8-11.
- Miller, B., & Montgomery, A. (1990). Family caregivers and limitations in social activities. *Research of Aging*, 12(1), 72-93.
- Milligan, R. A., Parks, P. L., Kitman, H., & Lenz, E. R. (1997). Measuring women's fatigue during the postpartum period. *Journal of Nursing Measurement*, 5(1), 3-16.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooy, N. R. (1985). Caregiving and experience of subjective and objective burden. *Family Relation*, 34, 19-26.
- Mulsolf, J. M. (1991). Easing the impact of the family caregiver's role. *Rehabilitation Nursing*, 16, 82-84.
- Natechang, S. (2002). *Influencing of caregiver role strain, worry from caring, and Caregivers' factors on health status of caregivers of stroke patients*. Unpublished Master's Thesis in Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Ni, N. (1991). *Effect of shift work among nurses working in the hospital*. Unpublished Master's Thesis in Primary Health Care Management, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Norbeck, J. S. (1981). Social support: a model for clinical research and application. *Advances in Nursing Science*, July, 43-59.

- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30(5), 264-269.
- Oberst, M.T., Thomas, S. E., Gass, K. A., Ward, S.E., (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*. 12(4), 209-215.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.) . St.Louis: Mosby.
- Papangkorn, R. (2003). Caregivers' experience in caring for dependent elderly persons. Unpublished Master's Thesis in Adult Nursing, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Pasacreta, J.V., & McCorKle, R. (2000). Cancer care: impact of intervention on caregiver outcomes. *Annual review of Nursing Research*, 18, 127.
- Phligbua, W. (2005). *Factors predicting health status of family caregivers of cancer patients undergoing chemotherapy*. Unpublished Master's Thesis in Adult Nursing, Faculty of Graduate Studies Mahidol University.
- Pipatananond, P. (2001). *Caregiver burden predictive model: An empirical test among caregivers for the schizophrenic*. Unpublished Doctoral dissertation in Nursing science, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Piper, B. F. (1986). Fatigue. In *Pathophysiological phenomena in nursing human responses to illness*. Philadelphia : W.B.Saunders.
- Piper, B. F. (1993). Fatigue. In A. M. Lindsey, & G. M. West (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing*. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Pickard-Holley, S. (1991). Fatigue in cancer patients. *Cancer Nursing*, 14, 13-19.
- Pohl, J. M., Given, C. W., Collins, C. & Given, B. A. (1994). Social vulnerability and reactions to caregiving in daughters and daughters in law caring for disabled aging parents. *Health care for women International*, 15(5), 385-395.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2003). *Nursing Research: Principles and methods*. (7th eds). Newyork: Lippincott.
- Potempa, K. M. (1993). Chronic fatigue. *Annul Review of Nursing Research*, 2, 57-76.

- Pugh, L. C., & Milligan, R. (1993). A framework for the study of childbearing fatigue. *Advance Nursing Science*, 15(4), 60-70.
- Pugh, L. C., Milligan, R. A., Parks, P. L., Lenz, E. R., & Kitzman, F. H. (1999). Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 28(1), 74-80.
- Robinson, K., & Yates, K. (1994). Effects of two caregiver training programs on burden and attitude toward help. [An abstract]. *Archives of Psychiatry in Nursing*, 8(5), 312-319.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Schneider, R. A. (2004). Chronic renal failure: Assessing the Fatigue Severity Scale for use among caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 13(2), 219.
- Schofield, H., Bloch, S., Herrman, H., Murphy, B., Nankervis, J., & Singh, B. (1998). *Family caregivers: disability, illness and ageing*. Sydney: Allen & Unwin.
- Skulla, K. A., & Lacasse, C. (1992). Patient education for fatigue. *Oncology Nursing Forum*, 19, 1537-1544.
- Teel, S. C., & Press, N. A. (1999). Fatigue among elders in caregiving and noncaregiving roles. *Western journal of Nursing Research*, 21(4), 498-520.
- Trendall, J. (2000). Concept analysis: Chronic fatigue. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1126-1131.
- Wang, H. H. (1998). A meta-analysis of the relationship between social support and well-being. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 14, 711-726.
- Winningham, M., L. (1996). Fatigue. Cancer symptom management. London : Jones and Bartlett.
- Woo, K. (1995). Fatigue in COPD. Nurse practitioner. *American Journal of Primary Health care*, 20, 11-15.



แบบสอบถาม

โครงการวิจัยเรื่อง

ความเหนียวล้า และปัจจัยทำนายความเหนียวล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่
ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่ตอบแบบสอบถาม.....

1.แบบทดสอบหมวดหมู่

โปรดเติมชื่อของผลไม้ สัตว์ สี และจังหวัด ลงในช่องว่าง อย่างละ 10 ชื่อ ต่อไปนี้

ผลไม้ 1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

สัตว์ 1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

- ลี้
1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 8.
 9.
 10.

- จังหวัด
1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 8.
 9.
 10.

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง

กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()

หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี เดือน
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่
() หม้าย () หย่า () แยก
4. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ปี เดือน
5. ระยะเวลาที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ปี เดือน

3. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()
หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ ปี เดือน
3. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย
() หย่า () แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
() อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
() ปริญญาตรีขึ้นไป
5. อาชีพ () ไม่ได้ทำงาน () รับราชการ
() พนักงานบริษัท () ค้าขาย
() รับจ้างทั่วไป () แม่บ้าน/พ่อบ้าน
() อื่นๆ ระบุ
6. สถานะการเงิน () พอใช้และมีเงินเหลือเก็บ () พอใช้แต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ
() ไม่พอใช้แต่ไม่มีภาระหนี้สิน () ไม่พอใช้และมีภาระหนี้สิน
7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ () ไม่มี () มี คือ
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ปี เดือน
9. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เกี่ยวข้องเป็น
() คู่สมรส () บุตร () บิดา-มารดา
() พี่/น้อง () เพื่อน () อื่นๆ.....
10. ท่านใช้เวลาในการดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวัน โดยเฉลี่ย
วันพอกเลือด ชั่วโมง ต่อวัน วันไม่พอกเลือด ชั่วโมงต่อวัน
11. ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย
() ท่านรับผิดชอบทั้งหมด
() ท่านรับผิดชอบบางส่วน
() ท่านไม่ต้องรับผิดชอบเลย

12. หลังการดูแลผู้ป่วย ท่านมีปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้นหรือไม่

() ไม่มี

() มี คือ

13. ท่านดูแลผู้ป่วยในด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่

() การรับประทานอาหาร () การทำความสะอาดร่างกาย () การเคลื่อนย้าย

() การใช้ห้องส้วม () การสวมใส่เสื้อผ้า () ดูแล การขับถ่ายให้ปกติ

() การทำอาหาร

() การตวงน้ำดื่ม

() สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น อาการหอบเหนื่อย

() การรักษาพยาบาล เช่น การดูแลเรื่องยา การดูแลเส้นเลือด

() การเดินทาง

() ค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ

() สังคม เช่น การพาผู้ป่วยไปพักผ่อนกับครอบครัว หรือ เพื่อน

() จิตใจ เช่น การปลอบใจ การให้กำลังใจ

14. ถ้าท่านมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย มีบุคคลอื่นอีกหรือไม่ที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือท่านได้

() ไม่มี

() มี ได้แก่

() คู่สมรส () บุตร () ญาติพี่น้อง

() กลุ่มเพื่อน ผู้ร่วมงาน () ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยคนอื่นๆ () พระ นักบวช

() บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล

() แหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ เช่น สังคมสงเคราะห์ () อื่นๆ.....

15. บุคคลอื่นในข้อ 14. ช่วยเหลือท่านดูแลผู้ป่วยในด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่

() การรับประทานอาหาร () การทำความสะอาดร่างกาย () การเคลื่อนย้าย

() การใช้ห้องส้วม () การสวมใส่เสื้อผ้า () ดูแล การขับถ่ายให้ปกติ

() การทำอาหาร

() การตวงน้ำดื่ม

() สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น อาการหอบเหนื่อย

() การรักษาพยาบาล เช่น การดูแลเรื่องยา การดูแลเส้นเลือด

- () การเดินทาง
- () ค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายอื่นๆ
- () สังคม เช่น การพาผู้ป่วยไปพักผ่อนกับครอบครัว หรือ เพื่อน
- () จิตใจ เช่น การปลอบใจ การให้กำลังใจ

4. ใบการประเมินสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป ตามความรู้สึกของท่าน โดยให้ความรู้สึกเป็นคะแนนบนเส้นตรง ตั้งแต่ 0-100 คะแนน ให้ขีดเครื่องหมาย | ลงบนเส้นตรงตรงจุดที่บอกถึงความรู้สึกของท่านจริงๆ ไม่ว่าท่านจะขีดเครื่องหมายบนเส้นตรงที่ตำแหน่งใด ไม่มีถูกหรือผิด เพราะเป็นเพียงความรู้สึกของท่านที่มีต่อภาวะสุขภาพเท่านั้น ตำแหน่งที่ดีที่สุดมีเพียงตำแหน่งเดียวคือ ตำแหน่งที่ท่านขีดตรงกับความรู้สึกของท่านจริงๆ

หลังจากที่ท่านอ่านข้อความนี้แล้วขอให้ท่านคิดเครื่องหมาย | ลงบนเส้นตรงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ใน 6 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านคิดว่าสุขภาพของท่านดีเพียงใด

แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม นี้ ต้องการทราบถึงปริมาณความช่วยเหลือ ที่ท่านได้รับ ในระหว่างการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ใน 6 สัปดาห์ ที่ผ่านมา จากบุคคลในกลุ่มต่างๆ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มครอบครัว, กลุ่มญาติ และเพื่อน, กลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ ว่ามีมากน้อยเพียงใด ขอให้ท่านพิจารณาความช่วยเหลือในแต่ละข้อจากบุคคล 3 กลุ่มนี้ ว่าท่านได้รับความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียง 1 ช่อง โดยพิจารณาจากความช่วยเหลือ 5 ระดับ คือ

ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุด

ได้รับความช่วยเหลือค่อนข้างมาก

ได้รับความช่วยเหลือปานกลาง

ได้รับความช่วยเหลือเล็กน้อย

ไม่ได้รับความช่วยเหลือ

ระดับความช่วยเหลือที่ท่านเลือกนี้ ไม่มีถูกผิด คำตอบที่ถูกมีเพียงคำตอบเดียว คือ คำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ตัวอย่าง

1. ความช่วยเหลือจากกลุ่มครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1. ท่านได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว					

แสดงว่าท่านได้รับความช่วยเหลือ ด้านคำแนะนำเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวจากครอบครัวมากที่สุด

1. การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก **ครอบครัว** ได้แก่ บิดา มารดา
คู่สมรส บุตร

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1.คนในครอบครัวท่านให้คำแนะนำ ที่มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย					
2.ท่านสามารถพึ่งพา คนในครอบครัว ได้ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย					
3.คนในครอบครัวของท่านให้กำลังใจ เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย					
4.คนในครอบครัวท่านให้ความสนใจ เอาใจใส่ในทุกข์สุขของท่าน					
5.ท่านรู้สึกไว้วางใจ และมั่นใจใน ครอบครัว ของท่านที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย					

2. การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก **ญาติและเพื่อน**
ได้แก่ ญาติพี่น้อง และเพื่อนสนิท

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1.ญาติและเพื่อนๆ ของท่านให้ คำแนะนำที่มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย					
2.ท่านสามารถพึ่งพา ญาติและเพื่อนๆ ได้ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ ในการดูแลผู้ป่วย					
3.ญาติ และเพื่อนๆ ของท่านให้ กำลังใจ เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ ใน การดูแลผู้ป่วย					

4.ญาติ และเพื่อนๆ ท่านให้ความสนใจ เอาใจใส่ในทุกข์สุขของท่าน					
5.ท่านรู้สึกไว้วางใจ และมั่นใจในญาติ และเพื่อนๆ ที่การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย					

3. การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่สุขภาพ

ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล โภชนาการ

ข้อความ	มากที่สุด	ค่อนข้างมาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่ได้เลย
1.เจ้าหน้าที่สุขภาพ ให้คำแนะนำ ที่มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย					
2.ท่านสามารถพึ่งพา เจ้าหน้าที่สุขภาพได้ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ ในการดูแลผู้ป่วย					
3.เจ้าหน้าที่สุขภาพให้กำลังใจ เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ ในการดูแลผู้ป่วย					
4.เจ้าหน้าที่สุขภาพ ให้ความสนใจ เอาใจใส่ในทุกข์สุขของท่าน					
5.ท่านรู้สึกไว้วางใจ และมั่นใจในเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย					

แบบสอบถามภาระในการดูแล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เกี่ยวข้องกับงานที่ท่านทำในระหว่างการดูแลผู้ป่วย ระยะ 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา งานแต่ละอย่างอาจมีระดับความต้องการจากผู้ป่วย และความยากลำบากที่ต่างกัน แต่ละข้อไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุด คือ คำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุด เมื่อท่านอ่านข้อความแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด การเลือกตอบให้เลือกเกณฑ์ ดังนี้

ส่วนที่ 1. ระดับความต้องการในการทำกิจกรรมนั้นให้แก่ผู้ป่วย

น้อยที่สุด	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการให้ท่านทำกิจกรรมนั้น น้อยที่สุด
น้อย	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการให้ท่านทำกิจกรรมนั้น น้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการให้ท่านทำกิจกรรมนั้น ปานกลาง
มาก	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการให้ท่านทำกิจกรรมนั้น มาก
มากที่สุด	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการให้ท่านทำกิจกรรมนั้น มากที่สุด

ส่วนที่ 2. ความยากลำบากในการกระทำ

น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นน้อยที่สุด
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้น น้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้น มาก
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมนั้นมากที่สุด

ข้อที่	กิจกรรม	ความต้องการจากผู้ป่วย					ความยากลำบากในการทำ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	การดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เช่น การรับประทานยา การฉีดยา การดูแลเส้นเลือด ระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนหลังฟอกเลือด										
2	การดูแลในเรื่องส่วนตัว เช่น การดูแลความสะอาดผิวหนัง เสื้อผ้า การควบคุมอาหาร น้ำเกลือแร่ ดูแลการขับถ่าย ระมัดระวังท้องผูก										
3	การช่วยเหลือในการพุงตัว ผู้ป่วยขณะเดินจากผลกระทบของโรคที่มีต่อระบบประสาท และกล้ามเนื้อ										
4	ให้กำลังใจ ปลอบใจ และอยู่เป็นเพื่อนช่วยเหลือในการยอมรับสภาพลักษณะ										
5	เฝ้าดูอาการ และเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ ในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรม										
6	จัดการเรื่องการเดินทาง หรือร่วมเดินทางไปกับผู้ป่วย เช่น ขับรถให้ พาไปตรวจตามนัด พาไปฟอกเลือด พาไปที่ต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ										
7	รับผิดชอบ เรื่อง ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว										
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15	ติดต่อกับแพทย์ และพยาบาล เพื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการ และขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย										

แบบสอบถามความรู้สึกเหนื่อยล้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ต้องการประเมินความเหนื่อยล้า ของท่านในระยะ 6 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม ข้อความในแบบสอบถาม ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด คำตอบที่ดีที่สุด คือคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เมื่อท่านอ่านข้อความแล้วกรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 ช่องเท่านั้น การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่รู้สึกละเลย หมายถึง ท่านไม่รู้สึกละเลยในเหตุการณ์นั้นเลย ในระยะเวลา 6 สัปดาห์

รู้สึกบ้างบางครั้ง หมายถึง ท่านรู้สึกในเหตุการณ์นั้น 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ในระยะเวลา 6 สัปดาห์

รู้สึกค่อนข้างบ่อย หมายถึง ท่านรู้สึกในเหตุการณ์นั้น 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ในระยะเวลา 6 สัปดาห์

รู้สึกบ่อยมาก หมายถึง ท่านรู้สึกในเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นทุกวัน ในระยะเวลา 6 สัปดาห์

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่รู้สึกละเลย	รู้สึกบ้าง บางครั้ง 1 ครั้งต่อ สัปดาห์	รู้สึกค่อนข้าง บ่อย 2-3 ครั้งต่อ สัปดาห์	รู้สึกบ่อย มาก เกิดขึ้น ทุกวัน
1	ฉันรู้สึกว่าศรีษะฉันหนักอึ้ง				
2	ฉันรู้สึกเหนื่อยล้าทั่วร่างกาย				
3	ฉันรู้สึกอ่อนเพลียที่ขา 2 ข้าง				
4	ฉันรู้สึกเหมือนง่วงเหงา หาวนอน				
5	ฉันรู้สึกเหมือนสมองตื้อและ มึนงง				
....					
....					
....					
....					
....					
30	ฉันรู้สึกไม่สบาย				

เอกสารประกอบ 4



เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้า ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอุษณีย์ เหมแหวน

สถานที่วิจัย หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลพญาไท 3

หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลหัวใจเฉียว

หน่วยไตเทียมมูลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลสงฆ์

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาวอุษณีย์ เหมแหวน เบอร์โทรศัพท์ 0816266553

รศ.ดร.บุพผิน ศิริโพธิ์งาม เบอร์โทรศัพท์ 0891393583

ผู้สนับสนุนการวิจัย

ความเป็นมาของโครงการ

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาถึงความเหนื่อยล้า และตัวทำนายความเหนื่อยล้า ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือทำให้ทราบถึงความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล และมีปัจจัยใดที่ทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อลดความเหนื่อยล้าและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีสุขภาพที่ดี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านเป็น บุคคลสำคัญและเป็นผู้หนึ่งที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในค่านี้นี้ สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้ และข้อมูลที่ได้อาจท่านจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาความรู้ และก่อให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือญาติผู้ดูแล เพื่อลดความเหนื่อยล้าและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นความร่วมมือจากท่านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะมีทั้งสิ้นประมาณ 85 คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 6 เดือน - 1 ปี

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้

1. เมื่อท่านยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง โดยที่ถ้าท่านมีอายุมากกว่า 60 ปี จะให้ทำแบบวัดหมวดหมู่ ก่อนเข้ากลุ่มตัวอย่าง

2. เมื่อท่านได้เข้ากลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำและแบบสอบถามแก่ท่าน ให้ท่านมีอิสระและเวลาในการตัดสินใจให้ข้อมูล และตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 7 ชุด

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามแต่ละชุดอย่างละเอียด จนกระทั่งท่านเข้าใจ แล้วจึงตอบแบบสอบถาม ถ้าท่านไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ก็จะอ่านให้ฟังทีละข้อแล้วให้ท่านเลือกตอบ ระหว่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยยังคงอยู่กับท่านและผู้ป่วย เพื่อให้คำปรึกษาในการทำแบบสอบถาม หากท่านต้องการบรรยากาศที่เงียบสงบ จัดหาสถานที่ให้ หามุมสงบในการตอบแบบสอบถาม โดยมีผู้วิจัย หรือ พยาบาล หรือ ญาติอีกคน อยู่กับผู้ป่วยโดยไม่ปล่อยผู้ป่วยไว้ตามลำพัง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

4. เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนทุกข้อคำถามก่อนที่ท่านจะกลับ และขอเบอร์โทรศัพท์หรือที่อยู่เพื่อติดต่อกลับ หากพบว่าแบบสอบถามยังไม่สมบูรณ์ เพื่อซักถามเพิ่มเติม หรือมาพบใหม่ในวันถัดไป ในกรณีที่ท่านไม่ยินดีที่จะตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง ท่านสามารถทำได้แต่จะถือว่าแบบสอบถามนั้นใช้ไม่ได้ในการศึกษาครั้งนี้

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมวิจัย เนื่องจากการวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม จึงไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย เนื่องจากไม่ได้ทำการทดลองหรือปฏิบัติการใดๆที่ลบล้างร่างกาย แต่ในการตอบแบบสอบถามอาจทำให้สูญเสียความเป็นส่วนตัวบ้างรวมทั้งต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถาม

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก็ไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อท่านและผู้ป่วย ผู้ป่วยยังคงได้รับการตรวจและการรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ถ้าท่านมีปัญหาข้อสงสัยหรือรู้สึกกังวลใจกับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้า ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอุษณีย์ เหมแหวน
สถานที่วิจัย ห้องล้างไตกลางแผนกวิวัฒนา 1-4 โรงพยาบาลศิริราช
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
โทรศัพท์ 0816266553

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาถึงความเหนื่อยล้า และตัวทำนายความเหนื่อยล้า ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งมีประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือทำให้ทราบถึงความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแล และมีปัจจัยใดที่ทำนายความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อลดความเหนื่อยล้าและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีสุขภาพที่ดี

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านเป็น บุคคลสำคัญและเป็นผู้หนึ่งที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในด้านนี้ สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ได้ และข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการพัฒนาความรู้ และก่อให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนช่วยเหลือญาติผู้ดูแล เพื่อลดความเหนื่อยล้าและส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นความร่วมมือจากท่านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะมีทั้งสิ้นประมาณ 85 คน ระยะเวลาที่จะทำวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 6 เดือน – 1 ปี

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง โดยที่ถ้าท่านมีอายุมากกว่า 60 ปี จะให้ทำแบบวัดหมวดหมู่ ก่อนเข้ากลุ่มตัวอย่าง



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รหัสโครงการ ๐๐๖ 12551 (ECR)
วันที่รับรอง 27 ส.ค. 2551

2. เมื่อท่านได้เข้ากลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำและแบบสอบถามแก่ท่าน ให้ท่านมีอิสระและเวลาในการตัดสินใจให้ข้อมูล และตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 7 ชุด

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามแต่ละชุดอย่างละเอียด จนกระทั่งท่านเข้าใจ แล้วจึงตอบแบบสอบถาม ถ้าท่านไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ก็จะอ่านให้ฟังทีละข้อแล้วให้ท่านเลือกตอบ ระหว่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยยังคงอยู่กับท่านและผู้ป่วย เพื่อให้คำปรึกษาในการทำแบบสอบถาม หากท่านต้องการบรรยากาศที่เงียบสงบ จัดหาสถานที่ให้ หามุมสงบในการตอบแบบสอบถาม โดยมีผู้วิจัย หรือ พยาบาล หรือ ญาติอีกคน อยู่กับผู้ป่วยโดยไม่ปล่อยผู้ป่วยไว้ตามลำพัง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

4. เมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนทุกข้อคำถามก่อนที่ท่านจะกลับ และขอเบอร์โทรศัพท์หรือที่อยู่เพื่อติดต่อกลับ หากพบว่าแบบสอบถามยังไม่สมบูรณ์ เพื่อชักถามเพิ่มเติม หรือมาพบใหม่ในวันถัดไป ในกรณีที่ท่านไม่ยินดีที่จะตอบแบบสอบถามข้อใดข้อหนึ่ง ท่านสามารถจะกระทำได้โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลใดๆ แต่แบบสอบถามนี้จะไม่ได้นำไปใช้ในการศึกษานี้ เนื่องจากไม่สมบูรณ์

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมวิจัย เนื่องจากการวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม จึงไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย เนื่องจากไม่ได้ทำการทดลองหรือปฏิบัติการใดๆที่ถูกล้ำร่างกาย แต่ในการตอบแบบสอบถามอาจทำให้สูญเสียความเป็นส่วนตัวบ้างรวมทั้งต้องใช้เวลาในการอ่านและตอบแบบสอบถาม

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก็ไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อท่านและผู้ป่วย ผู้ป่วยยังคงได้รับการตรวจและการรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยท่านสามารถติดต่อนางสาวอูษณีย์ เหมแหวน ในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และไม่มีค่าตอบแทนใดๆ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

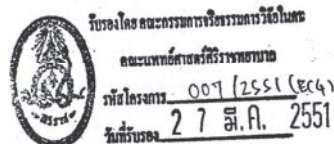
รหัสโครงการ 007 (2551) Equi

วันที่รับรอง 27 มี.ค. 2551

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงฉบับนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ทราบได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดิโกดูลยเคชวิกกรม ชั้น 6 ร.พ. ศิริราช เบอร์โทร. (02) 419-6405-6 Fax (02) 419-6405

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียด ในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....วันที่.....
(.....)



เอกสารประกอบ 5ก



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความเหนียวแน่นและปัจจัยทำนายความเหนียวแน่นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอุษณีย์ เหมแหวน

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

อายุ เลขที่เวชระเบียน

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ญาติข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปแบบที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ความเหนื่อยล้าและปัจจัยทำนายความ
เหนื่อยล้า ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยและ
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมวิจัยรวมทั้งแนวทางป้องกันและการแก้ไขหากเกิด
อันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม
การวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่
เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึง
ประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาวอุษณีย์ เหมแหวน
โทรศัพท์ 0816266553 ได้ 24 ชม.

หากข้าพเจ้าได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หรือผู้แทนได้ที่
สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดิโกศลเวชวิศกรรม ชั้น 6 ร.พ. ศิริราช เบอร์โทร.
(02) 419-6405-6

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจาก
การเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรือขอเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบ
ต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่ญาติของข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้
ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล
โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้เข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอม
นี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการวิจัย/ วันที่.....

(.....)



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

รหัสโครงการ 007 (2551) (E14)

วันที่รับรอง 27 ส.ค. 2551

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการ
วิจัยคือ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน
ลงชื่อ พยาน / วันที่
(.....)



รับรองโดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

รหัสโครงการ ๐๐๗/๒๕๕๑ (๔๔๑)

วันที่รับรอง ๒๗ ส.ค. ๒๕๕๑

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวอุษณีย์ เหมแหวน
วัน เดือน ปี เกิด	11 ตุลาคม 2511
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลมิชชัน พ.ศ.2529 - 2533 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2546-2551
สถานที่ทำงาน	หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม ชั้น 8 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ 33 ถ.สุขุมวิท เขต วัฒนา กรุงเทพมหานคร. เบอร์โทรศัพท์ 02-6672801
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	35 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ 33 ถ.สุขุมวิท เขต วัฒนา กรุงเทพมหานคร. เบอร์โทรศัพท์มือถือ 081-626-6553