

ภาวะซีมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง
ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นางสาวสกาวัฒน์ ตั้งจิตถนอม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

DEPRESSION IN PARENTS AND FAMILY RELATIONSHIPS OF CHILDREN WITH
CHRONIC KIDNEY DISEASES IN PEDIATRIC NEPHROLOGY CLINIC
OF KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

Miss Sagawrat Tungjitthanoom

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ภาวะซีมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพใน
ครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

นางสาวสกาวัฒน์ ตั้งจิตถนอม

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ แพทย์หญิง ปรีชวัน จันทร์ศิริ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไชยภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ แพทย์หญิง ปรีชวัน จันทร์ศิริ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(นายแพทย์ ธีนวรุจน์ บุรณสุขสกุล)

สกวารัตน์ ตั้งจิตถนอม : ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัว ของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.(DEPRESSION IN PARENTS AND FAMILY RELATIONSHIPS OF CHILDREN WITH CHRONIC KIDNEY DISEASES IN PEDIATRIC NEPHROLOGY CLINIC OF KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL)อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ.พญ.ปรีชวัน จันทร์ศิริ,135 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษา ระดับภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 310 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็ก ข้อมูล ความสัมพันธ์ในครอบครัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค(Beck)และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม ร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 42.6 มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย(ร้อยละ 22.0) ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี(ร้อยละ 92.6) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันและด้านการพูดคุยปรึกษาหารือกันอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ด้านการแสดงความรัก ความเอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกาย วาจา ใจ และด้านการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมอยู่ในระดับดี ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ามีภาวะซึมเศร้าน้อยในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดี ประโยชน์ที่ได้จากการ ศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวต่อไป

ภาควิชา.....จิตเวชศาสตร์.....

สาขาวิชา.....สุขภาพจิต.....

ปีการศึกษา.....2554.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5374661730 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS : DEPRESSION / FAMILY RELATIONSHIPS / PARENTS / CHILDREN/ CHRONIC
KIDNEY DISEASES

SAGAWRAT TUNGJITTHANOOM: DEPRESSION IN PARENTS AND FAMILY
OF CHILDREN WITH CHRONIC KIDNEY DISEASES IN PEDIATRIC NEPHROLOGY
CLINIC OF KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. ADVISOR:
PARICHAWAN CHANDARASIRI,M.D.,135 pp.

The purpose of this cross-sectional descriptive study was to examine depression, family relationships and related factors of depression and family relationships of children with chronic kidney diseases in pediatric nephrology clinic of King Chulalongkorn Memorial Hospital. Data were collected from 310 parents by using self reported questionnaires consisted of demographic data ,children's illness data , family relation data ,Beck Depression Inventory I (BDI-IA) and Family Relationships Test. Data was analyzed by descriptive statistical methods including mean, mode, percentage, frequency, standard deviation ,Pearson's product moment correlation coefficient.

The results showed that 42.6% of parents were under depressed and 22% had mild depression. Family relationships were within good level (92.6%). The commitment and communications were in moderate level while the caring and optimal family role were in good level. It was found that there was mild depression in families with relationships. These findings in order to prevent depression and supported promoting good family relationships.

Department:.....Psychiatry..... Student's Signature.....
Field of Study:.....Mental Health..... Advisor's Signature.....
Academic Year:2011.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาและความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์แพทย์หญิงปวีณวัน จันทร์ศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งกรุณาสละเวลา ถ่ายทอด องค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทำวิจัย คำแนะนำ ตระวาทัน แนวทางแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ทุกชั้นตอน เพื่อให้วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ สมบูรณ์ที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และนายแพทย์ธันวรุจน์ บุรณสุขสกุล กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้เกียรติมาเป็นคณะกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ทั้งยังช่วยชี้แนะ ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่มีประโยชน์ มีคุณค่าที่มีอาจประเมินได้ อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้วิทยานิพนธ์เต็มเปี่ยมไปด้วยคุณภาพ

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์มุกดา ศรียงค์ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง และรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร ชมพิกุล ฝ่ายวิจัย สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้สร้างและพัฒนาแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของท่านทั้ง 2 มาใช้ในการดำเนินงานวิจัยให้บรรลุวัตถุประสงค์ จนกระทั่งประสบผลสำเร็จ สามารถตอบคำถามการวิจัยได้อย่าง เต็มภาคภูมิ ส่งผลให้ผลวิจัยมีความถูกต้องสมบูรณ์ เป็นพื้นฐานของงานวิจัยอันทรงคุณค่าต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ อนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อประสานงานและเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณคุณอารีรัตน์ ภิรมย์วงศ์ หัวหน้าหอผู้ป่วย ภาปร.9 และเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการดำเนินการวิจัย และอำนวยความสะดวกในการไปเก็บข้อมูลให้แก่ผู้วิจัย งานวิจัยนี้จะสำเร็จลงไม่ได้ หากไม่มีผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังทุกท่านที่ยินดีสละเวลา ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ ฝ่ายธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำในการติดต่อประสานงานเป็นอย่างดี และที่ขาดไม่ได้ ขอขอบคุณนิตติปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต ทั้งศิษย์เก่าและปัจจุบันทุกคนที่เป็นเสมือนเพื่อนร่วมทางในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้และมิตรภาพที่ดีแก่กันมาโดยตลอดระยะเวลา 2 ปี

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ บิดามารดา และทุกคนในครอบครัว ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จ ตลอดจนเป็นแรงบันดาลใจ ที่สำคัญ คุณค่าและคุณประโยชน์ของ วิทยานิพนธ์ เล่มนี้ ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณบิดา มารดา คณาจารย์ทุกท่าน ที่ให้การบ่มเพาะ มอบองค์ความรู้ให้แก่ผู้วิจัย มา ณ ที่นี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
คำถามการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	6
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Diseases)	9
Development of the Kidneys.....	9
Structural Maturation.....	9
Evaluation for Disease.....	9
พยาธิสรีรวิทยาของไตเรื้อรัง.....	10
ระยะและการดำเนินของภาวะไตเรื้อรัง.....	11
ไตเรื้อรังในเด็กที่พบมากในเวชปฏิบัติ.....	12
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง.....	13
ผลกระทบต่อความเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง.....	14

	หน้า
บทที่ 2	
ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Depression).....	14
ความหมายและทฤษฎีภาวะซึมเศร้า.....	15
ปัจจัยของภาวะซึมเศร้าจากการศึกษา.....	17
ระดับของภาวะซึมเศร้า.....	23
การประเมินภาวะซึมเศร้า.....	25
ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationships).....	26
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัว.....	26
ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว.....	27
องค์ประกอบตัวชี้วัดสัมพันธภาพในครอบครัว	28
ระดับและการวัดระดับสัมพันธภาพในครอบครัว.....	29
การสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่อบอุ่นในครอบครัว	31
ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว.....	31
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	32
บทที่ 3	
วิธีดำเนินการวิจัย.....	40
รูปแบบการวิจัย.....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
บทที่ 4	
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กโรค	
ไตเรื้อรัง ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัว.....	47
ตอนที่ 2 ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง	
ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	53
ตอนที่ 3 ผลการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวเด็กโรคไตเรื้อรัง	
ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	61

บทที่ 4	ตอนที่ 4	ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง.....	69
	ตอนที่ 5	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง.....	70
บทที่ 5		สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	86
		สรุปผลการวิจัย.....	86
		อภิปรายผลการวิจัย.....	87
		ข้อจำกัดในการวิจัย.....	95
		การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้.....	96
		ข้อเสนอแนะ.....	96
		รายการอ้างอิง.....	98
		ภาคผนวก.....	104
		ภาคผนวก ก ใบวิจัยธรรม.....	105
		ภาคผนวก ข จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ/ ขอเก็บข้อมูล.....	106
		ภาคผนวก ค เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	110
		ภาคผนวก ง เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย.....	112
		ภาคผนวก จ แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	114
		ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	128

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	47
2	แสดงจำนวนร้อยละปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง.....	50
3	แสดงจำนวนร้อยละของปัจจัยลักษณะครอบครัว.....	52
4	แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซีมเศร้า.....	53
5	แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอาการของภาวะซีมเศร้า.....	54
6	แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอาการซีมเศร้าและวิตกกังวล	55
7	แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอาการทางความคิด.....	58
8	แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอาการนอนหลับ.....	59
9	แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอาการแสดงออกทางกายภาพ.....	60
10	แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับสัมพันธภาพในครอบครัว.....	61
11	แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายด้าน.....	62
12	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว ในด้านการใช้เวลาอยู่ร่วมกัน.....	63
13	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว ในด้านการพูดคุยปรึกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังและเรื่องสำคัญต่างๆ.....	65
14	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว ในด้านการแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา ใจ.....	66

15	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวในยามที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง.....	67
16	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว ในด้านบทบาททางเพศของสมาชิกในครอบครัวในยามที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง.....	68
17	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว.....	69
18	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square.....	70
19	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square.....	72
20	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square.....	73
21	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ Chi-square.....	74
22	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังกับ	
23	สัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ Chi-square.....	76
23	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ Chi-square.....	77
24	แสดงสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง..... โดยใช้ t-test.....	78
25	แสดงสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กไตเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ t-test.....	79
26	แสดงสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ t-test.....	81
27	แสดงสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ t-test.....	82
28	แสดงสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กไตเรื้อรังกับสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ t-test.....	84
29	แสดงสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง โดยใช้ t-test.....	85

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไตเรื้อรัง(Chronic Kidney Diseases: CKD) ในเด็กที่วัดความรุนแรงอยู่ในอัตราร้อยละ 7 ต่อปี และมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นปัญหาสากระดับโลกที่ได้รับการประเมินการต่ำกว่าความเป็นจริง อันเกิดจากเหตุความล้มเหลวสองประการ ได้แก่ การขาดดัชนีคัดกรองโรคไตเรื้อรังแต่เนิ่นๆและการรักษาที่ด้อยคุณค่าและปราศจากเป้าหมาย (End point) ชัดเจน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย ถือเป็นโรคที่ใกล้ชิดกับเด็กไทยมาก สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย และใช้ทุนทรัพย์ในการรักษาเป็นอย่างมาก

อุบัติการณ์โรคไตเรื้อรังในเด็ก ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ได้ปรากฏหลักฐานที่สนับสนุนองค์ความรู้ที่ว่า การเข้าใจโครงสร้างสำคัญของไต จะทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างโรคไตเรื้อรังกับการเสื่อมการทำงานของไตหรือการตายของเนื้อไตได้ดีขึ้น⁽²⁾ จากรายงานข้อมูล โรคไตเรื้อรังในสหรัฐอเมริกาโดย The United States Renal Data System's (USRDS) ประจำปี ค.ศ.2007 พบว่าผู้ป่วยเด็กมีอัตราการกรองสารของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ต่ำกว่า 60 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร มากกว่าร้อยละ30⁽³⁾ กลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประเทศไทยมีบทบาทในการปลูกกระแส และตระหนักถึงโรคไตเรื้อรังมากที่สุด โดย Thailand renal replacement therapy registry(TRT Registry) ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย รายงานความชุกของโรคตั้งแต่ปี พ.ศ.2540-2548 พบว่าอัตราการความชุกเพิ่มขึ้น 10 เท่า จาก 30 เป็น 275.29 Cases per M population ข้อมูล ระบาดวิทยาโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2547-2549 พบว่ามี CKD ระยะท้าย(III-V) ร้อยละ 9.57 มีอัตราการกรองสารของไต(Glomerular Filtration Rate:GFR) ร้อยละ 2-4 จำนวน 308 ราย จาก 12 โรงพยาบาล⁽⁴⁾ โครงการวิจัยการประมาณความชุกโรคไตเรื้อรังในคนไทยของ Thai-SEEK Project ปี พ.ศ.2550 จาก 10 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่ามีผู้ป่วย CKD(I-V) ที่ต้องได้รับการรักษาร้อยละ 20 มีอาการระยะต้น (I-II) ร้อยละ 88.4 ระยะท้าย(III-V) ประมาณร้อยละ7.5⁽⁵⁾ นอกจากนี้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในระยะ 4ปี(พ.ศ.2547-2550) มีผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัวจาก 217.04 เป็น 395.79 ต่อประชากร 100,000 คน และมีความชุกโรคไตเรื้อรังในอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้อยละ 3-13.7 ถือว่ามีความชุกของโรคสูง⁽⁶⁾ กองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จัดให้เด็กไตเรื้อรังเป็นเด็กที่มีความต้องการพิเศษ⁽⁷⁾

อันเป็นภาระสังคมในด้านทรัพยากรบุคคลและครอบครัว ส่งผลให้มี หน้าที่การดูแลมากขึ้นตาม ความรุนแรงของโรค เป็นวัฏจักรหมุนเวียนไม่สิ้นสุด

โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่มีอาการ จะเกิดอาการแสดงต่อเมื่อมีการทำลายอวัยวะต่างๆ ขึ้นแล้ว ได้แก่ ไตเสื่อม โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การตายของเนื้อสมอง จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิด อารมณ์แปรปรวนในผู้ป่วยเด็กรวมไปถึงผู้ปกครองด้วย สหพันธ์ผู้ดูแลผู้ป่วย เรื้อรังกล่าวว่า ผู้ดูแล เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการสูญเสียสุขภาพจิต ภัยเงียบอย่างหนึ่งคือภาวะซึมเศร้า(Depression)ที่เพิ่มขึ้น⁽⁸⁾ จากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO), ธนาคารโลก (World Bank) และ Harvard School of Public Health โดยวัดความสูญเสียเป็น จำนวนปีสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) พบว่าในปี พ.ศ.2563 ภาวะซึมเศร้า เป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคม⁽⁹⁾ สำหรับประเทศไทย โครงการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พ.ศ. 2549 รายงานถึงการสูญเสียปีสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) เนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability: YLD) ปี พ.ศ. 2547 จำแนกตามสาเหตุ ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี และกลุ่มอายุ 30-44 ปี พบว่าภาวะซึมเศร้าอยู่อันดับที่ 2 ทั้งเพศชายและหญิง คิดเป็นร้อยละ 7.3 และ 8 ตามลำดับ อัตราการเข้าถึงบริการเฉลี่ยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2552 เท่ากับร้อยละ 3.94 หมายความว่า ผู้มีภาวะ ซึมเศร้า 100 คน ได้รับการดูแลรักษาเพียง 4 คนเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการ เผชิญกับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ ชี้ชัดได้ว่าแม้ไม่มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ต้องทน อยู่กับการภาวนานี้ยาวนานกว่าโรคทางจิตเวชอื่นๆ⁽¹⁰⁾

ด้วยเหตุนี้ผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรังอาจมีภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Tsai et al ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี และล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28 และมีแนวโน้มที่จะมี ภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 56⁽¹¹⁾ ส่วน Fielding และ Brown bridge ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมใน ผู้ปกครองเด็กไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย(End-Stage Renal Diseases: ESRD) พบว่าผู้ปกครองที่ มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีแนวโน้มที่มีภาวะซึมเศร้าสูง⁽¹²⁾ ซึ่งไม่สามารถระบุ External Validity, Internal Validity ปัจจัยเสี่ยงและความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าที่แท้จริงได้⁽¹³⁾ จำเป็นต้องศึกษา ในอนาคต เพื่อให้เข้าใจถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและเพิ่มชีวิตของเด็กที่มีโรคไตเรื้อรังให้ดีขึ้น ปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองคือ สัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationships) เมื่อใดก็ตามที่เด็กไม่สามารถควบคุมอาการหรือความรุนแรงของโรคได้ บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ มีภาวะ และความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง⁽¹⁴⁾ สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนา

เด็กและครอบครัว (National Institute for Child and Family Development) มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2546 และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (Office of the National Economic and Social Development Board) พบว่า ค่าดัชนีด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่อบอุ่นลดลง จากร้อยละ 80.85 ในปี พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 70.77 ในปี พ.ศ. 2545 ลดลงจากร้อยละ 58.06 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 56.36 ในปี พ.ศ. 2552⁽¹⁵⁾ แสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเปราะบางและเสื่อมถอยลง ความผูกพัน ความเกื้อกูลกันในครอบครัวห่างเหินมากขึ้น เป็นปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อตระหนักถึงความสัมพันธ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ใน คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อ ทราบถึงระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว ผล การศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข ในการประสานงานร่วมกัน วางแผนและป้องกันภาวะซึมเศร้าในแต่ละระดับ โดยเฉพาะระดับมากถึงรุนแรง ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อการรักษา รวมถึง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต รวมถึง เสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อไปด้วย

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
2. สัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซีมเศร้าของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไตโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นหาภาวะซีมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว การแปลผลการศึกษาครั้งนี้อยู่ในบริบทของผู้ปกครองอายุ 18-65 ปี ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เท่านั้น

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

ปัจจัยพื้นฐานของผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ เพศ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก

สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัว รายได้ครอบครัว การเปรียบเทียบรายรับกับรายจ่าย ความเครียดในด้านอื่นๆ

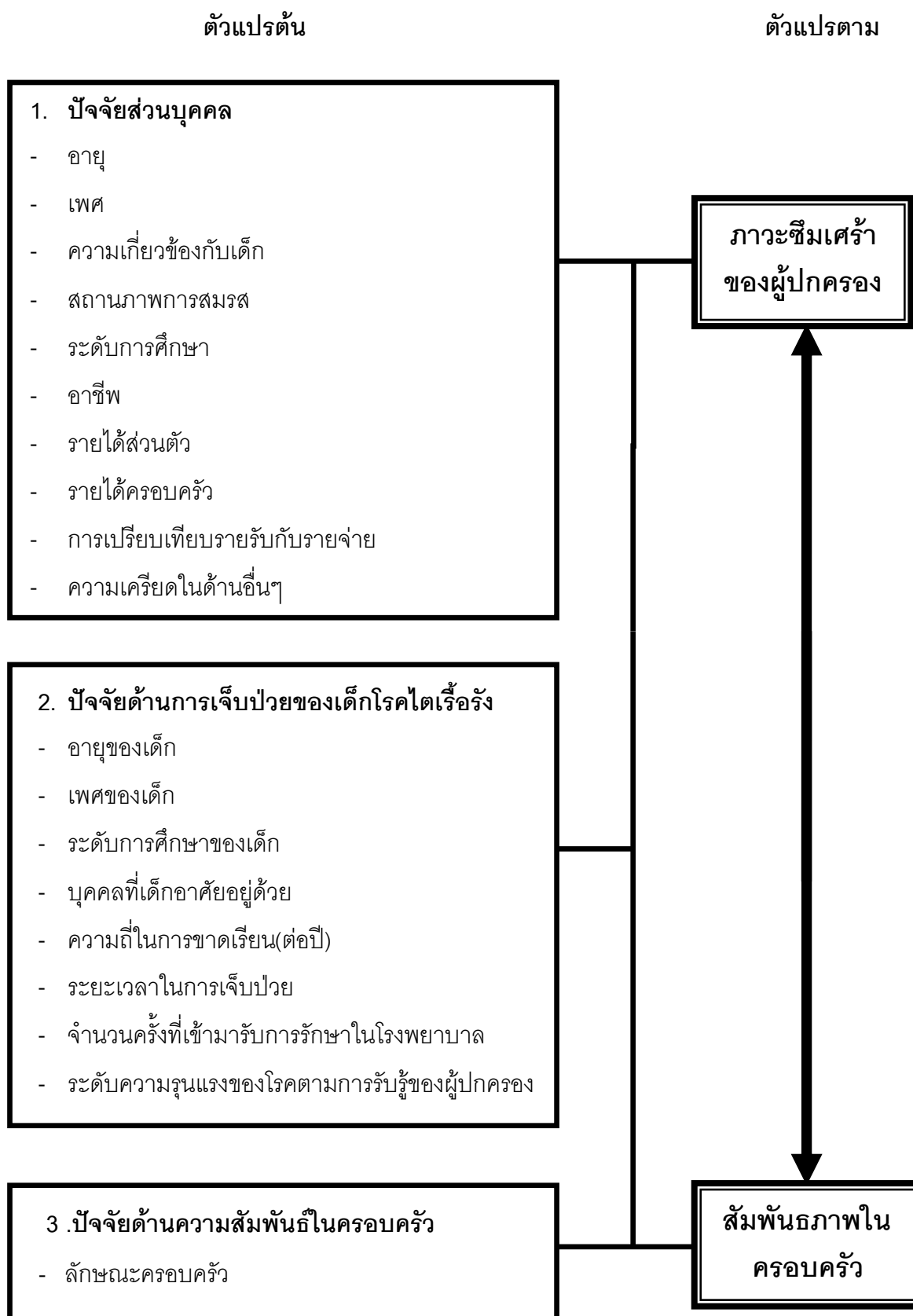
ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ อายุของเด็ก เพศของเด็ก ระดับการศึกษา บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย ความถี่ในการขาดเรียน ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ จำนวนครั้งที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ปกครอง

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย

ภาวะซีมเศร้าของผู้ปกครอง และสัมพันธภาพในครอบครัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ข้อจำกัดของการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ข้อมูลอาจเปลี่ยนแปลงไป เมื่อศึกษาในช่วงเวลาที่ต่างกัน อีกทั้งเป็นการศึกษาเฉพาะที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงไม่สามารถสรุปผลแทนผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรังจากที่อื่นได้ อันเนื่องมาจากมี ปัจจัยภายนอกอื่นๆ แตกต่างกันได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม ค่านิยม และสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว อาจทำให้ผลสรุปมีอคติ ซึ่งเป็นการยากที่จะสรุปว่ากระทบต่อผลวิจัยในทิศทางใด เครื่องมือที่ใช้ได้มีการปรับให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่าง การนำไปเทียบเคียงกับการศึกษา โดยใช้เครื่องมือต่างกัน อาจทำให้ผลต่างกัน และการเทียบเคียงกับผลการศึกษานั้น จำเป็นต้องระมัดระวังในการแปลผล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อาการเศร้า หงุดหงิด หดหู่ ท้อแท้ วิตกกังวล สนใจในสิ่งต่างๆ น้อยลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลง หรือพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนีดตนเองมากผิดปกติ สมาธิแย่งลง อาจมีความคิดอยากตาย หรือทำร้ายตนเอง อาการดังกล่าวเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีผลกระทบต่ออาชีพ การทำงานหรือการเรียน^(9,10) การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค(Beck Depression Inventory I (BDI-IA)) ฉบับภาษาไทย ของรองศาสตราจารย์ มุกดา ศรียงค์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

สัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationships) หมายถึง ปริมาณการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติหรือบุคคลอื่นๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน ด้าน การพูดคุยปรึกษาหารือกัน ด้าน การแสดงออกซึ่งความรัก ความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา ใจ และด้านการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเหมาะสม แบ่งออกเป็นสัมพันธภาพดี ปานกลางและไม่ดี ผู้ที่ได้คะแนนสูงคือผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี^(16,17) การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร ชมพิกุล ฝ่ายวิจัย สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ปกครอง (Parents) ของเด็กโรคไตเรื้อรัง หมายถึง ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลัก อายุ 18-65 ปี ใช้เวลาในการดูแลเด็กอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน⁽¹⁸⁾

เด็ก (Children) หมายถึง เด็ก โรคไตเรื้อรัง ใน คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ไม่จำกัดเพศ และระดับความรุนแรงของโรค⁽¹⁹⁾

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Diseases: CKD) หมายถึง เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังคือ มีภาวะที่มีการทำลายไตเกิดขึ้นติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี โดยอาจตรวจพบได้ทางพยาธิวิทยา ทางเอ็กซเรย์ หรือโดยการตรวจเลือดหรือปัสสาวะ โดยที่อัตราการกรองของเสีย (GFR) อาจเป็นปกติหรือลดลงกว่าปกติก็ได้ อาจมีอาการค่อยเป็นค่อยไปยืดเยื้อ สามารถมีอาการรุนแรงขึ้นได้จนเสียชีวิตในที่สุด⁽²⁰⁾ หรือสามารถมีชีวิตอยู่ได้นาน อาจมีระยะที่มีอาการกำเริบเป็นพักๆ⁽²¹⁾

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพยาบาล และป้องกันภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว
3. เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างองค์ความรู้นำไปประยุกต์ใช้ในด้านการแพทย์และสาธารณสุข

4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพในครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎี ความรู้ที่สำคัญจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Diseases)
 - 1.1 Development of the Kidneys
 - 1.2 Structural Maturation
 - 1.3 Evaluation for Disease
 - 1.4 พยาธิสรีรวิทยาของไตเรื้อรัง
 - 1.5 ระยะและการดำเนินของภาวะไตเรื้อรัง
 - 1.6 ไตเรื้อรังในเด็กที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ
 - 1.7 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง
 - 1.8 ผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กโรคไตเรื้อรังและครอบครัว
2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Depression)
 - 2.1 ความหมายและทฤษฎีภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 ปฏิกริยาทางจิตใจและปัจจัยของภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง
 - 2.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 การประเมินภาวะซึมเศร้า
3. ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationships)
 - 3.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัว
 - 3.2 ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว
 - 3.3 พยาธิสภาพและองค์ประกอบตัวชี้วัดสัมพันธภาพในครอบครัว
 - 3.4 การวัดระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง
 - 3.5 การสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่อบอุ่นในครอบครัว
4. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Diseases)

Development of the Kidneys⁽²²⁾

พัฒนาการของระบบขับถ่ายและระบบปัสสาวะมีความสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะในเพศชายมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันมาก จึงเป็นปัจจัยที่จำเป็นมาก เนื่องจาก Vaughan และ Middleton พบว่าทารกที่คลอดออกมาร้อยละ 10 มีความผิดปกติของระบบขับถ่ายปัสสาวะร่วมกับระบบสืบพันธุ์ ทารกในครรภ์ (Fetus) มีไต 3 ชุด เจริญคาบเกี่ยวและตามกันตามลำดับ คือ Pronephros (Forekidneys) พัฒนามาเป็นท่อของไต Mesonephros (Midkidneys) พัฒนามาเป็นท่อของระบบสืบพันธุ์ในเพศชายหรือเป็นร่องรอยที่เหลืออยู่ในเพศหญิง และ Metanephros (Hindkidneys) จะพัฒนาเป็นไตถาวร

Structural Maturation⁽²³⁾

ไตแท้ของมนุษย์ (Metanephros) เริ่มก่อตัวตั้งแต่สัปดาห์ที่ 5 ในครรภ์ และเจริญเติบโตขึ้นตามลำดับ แต่ทำหน้าที่น้อยมากขณะอยู่ในครรภ์มารดา ซึ่งทารกจะอาศัยรกเป็นเครื่องขับถ่ายของเสีย และรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย ทำหน้าที่เสมือนไตเทียม (Hemodialyzer) ไตของทารกในครรภ์จะมีการเจริญไม่เต็มขั้น (Immature) ทั้งรูปลักษณะเป็นลอน (lobulated) มีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างหน้าที่ของ Nephron ทำให้หน้าที่ต่างๆของไต ในทารกแรกเกิดและทารกอ่อนเดือนแตกต่างกันในเด็กโตและผู้ใหญ่ เมื่ออายุครรภ์ได้ 35 สัปดาห์จะมีจำนวน Nephron ครบข้างละ 1 ล้านหน่วยเท่ากับในผู้ใหญ่ ภายในเดือนแรกๆหลังเกิด ไตของทารกจะพัฒนาอย่างรวดเร็ว และสามารถขับของเสียและสภาวะปกติของร่างกายได้ดีเท่ากับผู้ใหญ่เมื่ออายุ 1-2 ปี

Evaluation for Disease

ที่ผ่านมา มีการศึกษาน้อยมากเกี่ยวกับไตของทารกในครรภ์และแรกเกิด เนื่องจากจะทำการศึกษาได้เฉพาะในภาวะที่ทำแท้งเพื่อการรักษาเท่านั้น จึงมีการศึกษากันมากในสัตว์ เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับไตของมนุษย์ได้ข้อสรุปว่า ไตของทารก มีสมรรถภาพสำรองไม่เพียงพอและมีจำกัด เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น อาจเกิดภาวะการฉับปวย ได้แก่ ภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง ไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) แม้ว่าทารกจะรอดชีวิตมาได้ แต่อาจเกิดผลตามมาคือพัฒนาการของไตหยุดชะงัก นำไปสู่ไตเรื้อรังในภายหลังได้⁽²⁴⁾

โรคไตในเด็ก ตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงวัยรุ่น มีอาการและอาการแสดงทางคลินิกที่สำคัญเปลี่ยนแปลงไปตามอายุและพัฒนาการของเด็ก สิ่งที่ยังชี้ว่าเป็นโรคไตมีดังนี้⁽²⁵⁾

ระยะแรกเกิด (0 -1 เดือน) ได้แก่ ไม่ดูดนม หรือกินนมน้อย อาเจียน มีไข้ หรือ อุณหภูมิต่ำกว่าปกติ น้ำหนักตัวขึ้นช้า หายใจเร็ว ตัวเหลือง ชัก ซึม ขาดน้ำ (Dehydration) ลักษณะผิดปกติแต่กำเนิดอื่นๆ เช่น ไบพดูต้า ไม่มีกล้ามเนื้อหน้าท้อง ปัสสาวะบ่อย ร้องเสียงแหลม ขณะถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะพุ่งไม่แรง ไตหรือกระเพาะปัสสาวะเบามีขนาดใหญ่

ระยะทารกและเด็กตอนต้น(1 - 24 เดือน) ได้แก่ เบื่ออาหาร อาเจียน เลี้ยงไม่โต กระหายน้ำผิดปกติ ซีด มีไข้ประจำ หนาวสั่น ขาดน้ำ (Dehydration) บวม ปัสสาวะบ่อย เวลาถ่ายปัสสาวะร้องและเบ่งมาก ปัสสาวะมีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะหยุดตลอดเวลา

ระยะวัยเด็ก(2 -14 ปี) ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน สะอึกบ่อยๆ เลี้ยงไม่โต น้ำหนักตัวขึ้นช้า กระหายน้ำผิดปกติ หน้าบวมหรือบวมทั้งตัว เป็นไข้ประจำ หนาวสั่น ซึม ชัก ซีด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดท้องหรือปวดหลัง ความดันโลหิตสูง ผื่นขึ้นที่หน้าหรือตามตัว ปัสสาวะรดที่นอนเมื่ออายุเกิน 5 ปี ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะขัด ปวดเวลาถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะขุ่น มีสีแดง ไตใหญ่ ปัสสาวะคั่งในกระเพาะเบา

พยาธิสรีรวิทยาของไตเรื้อรัง

ภาวะไตเรื้อรัง เป็นผลเนื่องมาจากการมีหน่วยไตที่ทำหน้าที่ได้ตามปกติเหลืออยู่จำนวนน้อย ตามปกติไตมีความสามารถที่จะรักษาภาวะสมดุลของสภาพแวดล้อมภายในร่างกาย (Homeostasis) ให้คงไว้ แม้ว่าจะสูญเสียหน้าที่ไปถึงร้อยละ 70 – 80 ก็ตาม ลักษณะเช่นนี้ส่วนหนึ่ง สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎี Intact Nephron หรือ Bricker Hypothesis⁽²⁵⁾ ซึ่งมีข้อสังเกตว่า ในภาวะที่มีโรคนั้นมีหน่วยไตอยู่ 2 ชนิด คือหน่วยไตที่ถูกกระทบจากกระบวนการของโรค ซึ่งทำหน้าที่ไม่ได้แล้ว และหน่วยไตที่ไม่ถูกกระทบจากโรคซึ่งยังสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ หน่วยไตที่ทำหน้าที่ได้ตามปกตินี้จะมีขนาดโตขึ้น (Hypertrophy) และทำหน้าที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อรักษาภาวะสมดุลของสภาพแวดล้อมภายในร่างกาย ลักษณะสำคัญคือ ความสมดุลระหว่างการทำหน้าที่ของ Glomeruli และ Tubule จะต้องคงอยู่ด้วยนั่นคือ เมื่อหน่วยไตมีการกรองมาก ก็ต้องสามารถดูดกลับได้มากเช่นกัน จึงจะคงภาวะปกติไว้ได้ ร่วมกับความสามารถในการปรับตัวของไตมีขอบเขตจำกัด ในระยะท้ายไตจะไม่สามารถปรับการทำงานที่ได้เพียงพอ จึงเกิดอาการและอาการแสดงของไตเรื้อรังขึ้น ซึ่งมักจะปรากฏเมื่อน้ำที่ของไตเสียไปมากกว่า ร้อยละ 75 – 80^(26,27)

ระยะและการดำเนินของภาวะไตเรื้อรัง

ภาวะไตเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 5 ระยะตามระดับการกรองของหน่วยไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) วัดเป็นหน่วยมิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 m^2 BSA ปกติ 90 -120 มิลลิลิตรต่อ

นาที(ค่าแรงม้า) ในทางปฏิบัติ อนุโลมให้ใช้ค่า Creatinine clearance (Ccr) เป็นตัวแทนค่า GFR ได้ ค่า GFR ที่แท้จริง มักต่ำกว่าค่า Ccr 20 – 30% (Cr=0.5-1.5 mg/dL)⁽²⁸⁾

ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ได้แก่

1. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1: ไตทำงานปกติ แต่ตรวจพบความผิดปกติของไต
2. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2: ไตทำงานเหลือ 60-90% หรือไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น
3. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3: ไตทำงานเหลือ 30-60% หรือไตเรื้อรังระยะปานกลาง
4. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4: ไตทำงานเหลือ 15-30% หรือไตเรื้อรังรุนแรง
5. โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5: ไตทำงานน้อยกว่า 15% หรือไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ตารางแสดงระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง

ระยะ	คำจำกัดความ	GFR (mL/min/1.73m ²)	Cr	Clinical
1	ไตผิดปกติ (Abnormal renal function)	≥ 90 GFR ปกติหรือเพิ่มขึ้น	1.2	No clinical
2	กำลังสำรองของไตลดลง (Diminished renal reserve)	60 – 89 GFR ลดลงเล็กน้อย	1.2	ไม่มีอาการ อาจพบความดันโลหิตสูง
3	ไตทำหน้าที่ได้ไม่เพียงพอ (Renal insufficiency)	30 – 59 GFR ลดลงปานกลาง	2	ซีด บวมได้ถ้ากินอาหารที่มีเกลือมาก ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน
4	ไตวาย (Renal failure)	15 – 29 GFR ลดลงมาก	5	เบื่ออาหาร เพลีย น้ำหนักลด/ขึ้น นอนมาก บวม คันกระดูกบาง
5	ไตวายระยะสุดท้าย (End stage renal disease)	< 15 (หรือได้รับการบำบัดทดแทนไต)	7	คัน ผิวแห้งมาก บวม ซึม กล้ามเนื้อกระตุก ชัก เลือดเป็นกรด หอบ ระบบอื่นของร่างกายทำงานผิดปกติ

ไตเรื้อรังในเด็กที่พบมากในเวชปฏิบัติ

Systemic Lupus Erythematosus (SLE)⁽²⁹⁾

อัตราการเกิดของโรค ร้อยละ 15-20 มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ พบมากในช่วงอายุ 10-14 ปี รองลงมาคืออายุ 15-19 ปี และ 5-9 ปี ตามลำดับ เป็นกลุ่มโรคแพ้ภูมิตนเอง (Autoimmune disease) ไม่สามารถระบุสาเหตุได้แน่ชัด สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากขบวนการสร้างและทำลายภูมิคุ้มกันของตัวเองผิดปกติ ผลรวมของพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แสงอุลตราไวโอเล็ต การได้รับยาในกลุ่มความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด หรือยากันชักบางตัว

เด็กจะมีอาการของโรคได้ตั้งแต่หลังคลอด จากการ มีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ อ่อนเพลียมากผิดปกติเป็นเวลานาน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด มีผื่นขึ้นโดยเฉพาะที่หน้า และส่วนอื่นๆของร่างกายที่ไม่ได้เกิดจากอาการแพ้ มีอาการปวด บวมตามข้อ ตามผิวหนังรุนแรงและกำเริบเร็ว ผอมร่างมากผิดปกติ มีอาการทางระบบประสาทร่วมด้วย ทำให้ช่วงระยะเวลาในการรักษา ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนผลข้างเคียงที่แก้ไขไม่ได้เกิดขึ้น

Nephrotic Syndrome (NS)⁽³⁰⁾

อัตราการเกิดของโรค มีความชุกแบบสะสม (Cumulative prevalence) 40 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน พบมากในช่วงอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 77 โอกาสที่จะเป็น NS ที่พบในครอบครัวเดียวกัน พบได้ร้อยละ 2-8 โดยเป็นในพี่น้องท้องเดียวกัน และมีพยาธิสภาพคล้ายกัน Nephrotic syndrome ที่สำคัญคือ ชนิด Minimal Change (MCNS) ร้อยละ 77 ชนิด Focal Segmental Glomerulosclerosis (FSGS) เป็นไตเรื้อรังที่รุนแรง อาการเนื้อตัวบวมอย่างเห็นได้ชัด กดแล้วบวม มีภาวะปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) ภาวะมีน้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ภาวะขาดเลือดเรื้อรังและความดันภายในไต อันเนื่องมาจากสารพิษในเลือด การเสียสมดุลของระบบภูมิคุ้มกัน ตรวจเลือดและปัสสาวะ จะพบภาวะไข่ขาวรั่วในปัสสาวะมากกว่า 3.5 กรัมต่อวัน โปรตีนในเลือดต่ำ เกิดการอุดตัน ภาวะไขมันในเลือดสูง ทำให้ไตอักเสบ ทำลายเนื้อไตจนเข้าสู่ภาวะไตวาย Nephrotic syndrome เรื้อรัง ประกอบด้วย ปัญหาสำคัญ 2 ประการ (1)ภาวะไข่ขาวรั่วจากไตที่ต้องได้รับการรักษาในปัจจุบัน และ (2) มีการทำลายไตเป็นวงจรรุนแรงและต่อเนื่อง

Chronic Glomerulonephritis (CGN)⁽³¹⁾

มีการดำเนินโรคเรื้อรังมานานกว่า 3 เดือน จะมีการดำเนินเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายในที่สุด กลุ่มอาการนี้มีหลักฐานยืนยันว่า “กลไกทางภูมิคุ้มกัน” มีส่วนทำให้เกิดพยาธิสภาพ

โดยทางทฤษฎี สิ่งใดก็ตามที่ไปกระตุ้นให้เกิด Acute glomerulonephritis (AGN) ก็สามารถเกิดโรคไตเรื้อรังได้ ซึ่งอาการ Chronic Glomerulonephritis (CGN) แตกต่างกันมากในการเริ่มต้นและการดำเนินโรค บางรายดูแข็งแรง ปกติดี พบเพียงโปรตีนในปัสสาวะในการตรวจร่างกายประจำปี บางรายอาจเริ่มต้นด้วยปัสสาวะปนเลือดอย่างชัดเจน บวม หรือไตวายเลยก็ได้ การดำเนินโรคก็เช่นกัน บางรายดูเหมือนปกติอยู่หลายปี แต่พบผลทางห้องปฏิบัติการระบุว่าปัสสาวะเป็นโรคไตเท่านั้น แต่บางรายรุนแรง รวดเร็ว และเกิดภาวะไตวายได้ ภายในเวลา 2-3 เดือน หรืออาจนานถึง 2-3 ปี อาการแสดงที่สำคัญ เช่น มีปัสสาวะปนเลือดร่วมด้วยกับการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน หรือบวมทันที ทั้งที่เด็กนั้นสุขภาพแข็งแรงมาก่อน

Rapidly Progressive Glomerulonephritis (RPGN)⁽³²⁾

จัดเป็นกลุ่มอาการทาง Glomerular disease มีการสูญเสียการทำงานของไตมากกว่าร้อยละ 50 ในช่วงเวลาเป็นสัปดาห์ หรือภายใน 3 เดือน อาการเริ่มแรกคล้ายไข้หวัด ปวดเมื่อย ปวดข้อและบั้นเอว อ่อนเพลีย ต่อมามีอาการบวม ความดันโลหิตสูง ตรวจปัสสาวะพบ Proteinuria และ Hematuria และมีโอกาสเป็นไตวายระยะสุดท้าย (End stage renal disease) ร้อยละ 60 มีเพียงร้อยละ 13-37 ที่จะมี GFR กลับมาปกติ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังในเด็ก

เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังนานกว่า 3 เดือนขึ้นไป มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันของเด็ก ส่งผลให้อยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือต้องการการรักษาที่มาก และยาวนานกว่าเด็กวัยเดียวกัน บางรายต้องรักษาพยาบาลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังในเด็ก ได้แก่

ลักษณะของเด็ก เด็กวัยเรียน ร้อยละ 99.7 เริ่มรู้สาเหตุ สามารถเข้าใจได้ว่ามีเชื้อโรคในร่างกายที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ลักษณะพื้นอารมณ์และบุคลิกภาพ กำหนดโดยพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต มีผลต่อการแสดงออกของเด็ก เช่น อาจเกิดความกลัว ความวิตกกังวลมากกว่าที่ควรจะเป็น⁽³³⁾

ลักษณะของโรค (Nature of etiology of illness) พยาธิสภาพทางไต (Renal disease) อาจมี Hematuria, Proteinuria, Nephrotic syndrome (NS) ตรวจพบมากกว่าร้อยละ 80 ในระยะต้นๆของการเกิดโรค บางรายอาจมีอาการรุนแรงจนมีภาวะไตล้มเหลว เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบมากในเด็ก⁽³⁰⁾

ลักษณะของครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ที่สำคัญคือ สายสัมพันธ์ในครอบครัว ปฏิบัติการของบิดามารดาต่อการวินิจฉัยมีผลต่อเด็กที่เจ็บป่วย อาการ การรักษาที่บุตรได้รับ เพราะ บิดามารดาเป็นแบบอย่างที่จะทำนองต่อเด็ก ฐานะของครอบครัว มักได้รับผลกระทบโดยตรงใน ภาวะที่ต้องดูแลเด็กป่วยไ้เรื้อรัง⁽³⁴⁾

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยโรคไตเรื้อรังในเด็ก

ผลกระทบต่อตัวเด็ก มีหลายประการ ได้แก่ ด้านร่างกาย ทำให้เด็ก เจริญเติบโตช้า ขาดสารอาหาร การเผชิญต่อการติดเชื้อบ่อยๆ จากยาที่ใช้รักษาโรค ผู้ป่วยมักจะ สูญเสียหน้าที่การทำงานของไต การเจริญเติบโตบกพร่อง มีผลทำให้เด็กมีภาพลักษณ์ต่อตนเอง ไม่ดี ด้านการพัฒนาศติปัญญา เด็กโรคไตเรื้อรังต้องขาดเรียนเป็นประจำ จากการที่มาพบแพทย์ การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กขาดความพร้อมและโอกาสในการเรียน ทางด้านจิตสังคม ของเด็ก มีผลกระทบทำให้เด็กมีลักษณะไม่เป็นตัวของตัวเอง วิตกกังวล แยกตัว หงอยเหงา ต้องการความสนใจจากผู้ใกล้ชิด เด็กบางคนอาจมีลักษณะก้าวร้าวไม่ยอมรับว่าตนเองกำลังป่วย แสดงอาการขัดขืน ปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้ยังอาจกระทบกระเทือนจิตใจด้านต่างๆ เช่น ภาพพจน์ ความละเอียด ความรู้สึกต่ำต้อย ความรู้สึกสูญเสีย ความโศกเศร้าเสียใจ⁽³⁵⁾

ผลกระทบต่อครอบครัว มีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว ตามความรุนแรง ของโรค ผู้ปกครองเด็กจะมีปฏิกิริยาโต้ตอบ โดยอาจปฏิเสธและไม่เชื่อในรายที่มีความรุนแรงของ โรคมาก รู้สึกผิด และรับผิดชอบมากขึ้น ในเด็กที่เป็นโรคด้วยสาเหตุทางพันธุกรรม ต้องทุ่มเททั้ง เวลาและพลังงานไปที่ตัวเด็ก จนอาจแสดงความโกรธออกมาไม่เหมาะสม ปกป้องคุ้มครองลูกมาก เกินไป บางคนถึงขั้นเศร้า เสียใจ ท้อใจเครียด อาจรุนแรงถึงขั้นมีภาวะซึมเศร้าได้ ด้วยระยะเวลา การดำเนินโรคนานาคูกความต่อบุคคลและครอบครัวจำเป็นต้องปรับตัวกันทั้งครอบครัว⁽³⁶⁾ พัฒนาการของครอบครัว อาจถูกรบกวนหรือถดถอย เช่น ครอบครัวและผู้ปกครองไม่สามารถ อธิบายหรือเข้าใจเด็กที่ป่วย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty)⁽³⁷⁾ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ของผู้ปกครองส่งผลต่อครอบครัว กล่าวคือ ในครอบครัวที่อยู่ระหว่างการสร้างเอกลักษณ์ใน ครอบครัว ถ้าครอบครัวไม่สามารถปรับระดับระคองกันเองได้ จนคุกคามความมั่นคงทางอารมณ์ ของผู้ปกครอง นำไปสู่สถานการณ์ที่ครอบครัวไม่อาจทนได้ ทำให้สัมพันธ์ภายในครอบครัวเลวลง ถึงขั้นแตกหักในที่สุด⁽¹⁶⁾

ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Depression)

คำว่า “Depression” เป็นภาวะที่พบได้มาก ถูกนำมาใช้ในเชิงเวชปฏิบัติและการวินิจฉัยโรค เป็นความเจ็บป่วยจิตเวชอย่างหนึ่งที่มีระดับความรุนแรงต่างกัน ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early Stage) จนกระทั่งอาการดีขึ้นในช่วงเวลา 1 ปี สามารถปรับตัวได้เมื่อเวลาผ่านไป และมีโอกาสที่จะเกิดซ้ำ ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อบุคคลและสังคมอย่างมาก ซึ่งนัยทางการแพทย์จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและให้การรักษาอย่างถูกต้อง⁽³⁵⁾

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

มีผู้ให้คำจำกัดความของภาวะซึมเศร้าไว้หลายประการ ดังนี้

เคนและบุฟาลิโน (Caine&Bufalino,1998) เป็นภาวะเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์บ่อยครั้งที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย มีลักษณะว่าเศร้าเสียใจ(Sadness) มองโลกในแง่ร้าย(Pessimism) ความสลดใจ(Despondence)สูญเสียความหวังและความรู้สึกว่างเปล่า(Emptiness) และสามารถที่เกี่ยวข้องถึงส่วนภายใน(Internalization) ของความโกรธและความรู้สึกก้าวร้าวอีกด้วย

แคปแพลนและซาด็อค (Kaplan & Sadock,1989) ให้แนวคิดภาวะซึมเศร้าว่ามีความหมาย 3 ประการคือ ประการที่ 1 ความซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้อธิบายความรู้สึกเสียใจ เมื่อบุคคลสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญต่อตนเอง ประการที่ 2 เป็นความหมายในทางจิตเวชที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ มีความรู้สึกทุกข์ทรมานกับประสบการณ์ต่างๆในแต่ละวัน บุคคลจะไม่ตระหนักในตนเอง และความคิดเชิงซ้ำลง และประการสุดท้าย ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ใช้เรียกชื่ออาการหรือโรค

คู่มือการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ 4 (DSM-IV) อธิบายว่าความซึมเศร้าเป็นอารมณ์เบื้องต้น ห่อหุ้มหรือขาดความสนใจในกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ โดยมีอาการแสดง เช่นความรู้สึกสิ้นหวัง หงุดหงิด ไม่แจ่มใสหรือเศร้า

ทัตนา(2539) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลในภาวะวิกฤตอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งเป็นการแสดงออกของการเสียสมดุลทางอารมณ์ เป็นความรู้สึกที่เกิดร่วมกับความรู้สึกอื่นๆ เช่น ใจห่อเหี่ยว(Dejection) เศร้า(Sadness) หมดอาลัย(Despair) รู้สึกตนเองไร้ค่า(Self-depression) และสิ้นหวัง หมดกำลังใจ(Debilitation) เป็นต้น

ดวงใจ กสานติกุล (2544) อธิบายว่าหมายถึง อารมณ์ทุกข์ (Dysphonic mood) รู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอม

ลงหรืออ้วนน้ำหนักลด หมดอารมณ์เพศ คิดอยากตาย เป็นต้น มีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปเป็นคนเงียบ แยกตัว และมีสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า⁽⁵⁰⁾

มีทฤษฎีที่ใช้พิจารณาถึงสาเหตุภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง ดังนี้

ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) กล่าวว่า ความเครียดที่รุนแรงและยาวนาน หรือความเครียดซ้ำๆ อาจทำลายเซลล์ประสาทบริเวณสมองที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์(Hipocampus) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทอัตโนมัติ(Neurotransmitters) คือ นอร์อิพิเนเฟริน (Norepinephrine) และซีโรโตนิน (Serotonin) ลดลง เนื่องจากนอร์อิพิเนเฟริน มีคุณสมบัติกระตุ้น เซลล์ประสาทในสมองทำให้คนตื่นตัว การขาด นอร์อิพิเนเฟรินทำให้สมองไม่ได้รับการกระตุ้น มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

ทฤษฎีทางสังคม (Social Theory) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์การเรียนรู้ บนพื้นฐานที่ว่า เมื่อ มีสิ่งกระตุ้น (Provoking Agent) และสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Symptom formation factors) ในวิกฤตการณ์ชีวิตหรือความยุ่งยากลำบากที่คุกคามชีวิตประจำวัน การเจ็บป่วยเรื้อรังของบุคคลที่รัก การสูญเสียสภาวะทางเศรษฐกิจ มีผลต่อระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) ฟรอยด์(Freud) อธิบายว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล อันเนื่องมาจากการสูญเสีย(Loss) ในชีวิตจริง หรือการสูญเสียในมโนภาพ (Real or fantasy) รวมถึงการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก งาน อาชีพ เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีมุ่งเข้าหาตนเอง กลายเป็นเกลียด และเป็นศัตรูกับตนเอง สูญเสียความภูมิใจในตนเอง (Loss of self esteem) หมดหนทางที่จะไปถึงเป้าหมายที่ต้องการ ทำให้มีภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) อธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากบุคคลอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ได้ รู้สึก ไม่มีอำนาจเพียงพอ ปราศจากการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Helplessness) ขาดแรงเสริม (Inadequate reinforcement) และเชื่อมโยงกับการปรับตัวที่ไม่ดี

ทฤษฎีปัญญานิยม อธิบาย ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากแบบแผนความคิด การรับรู้เรื่องราวที่เป็นด้านลบและตรงกันข้ามกับความเป็นจริง อันเกิดจากเหตุ 2 ปัจจัย คือ (1) บุคคลมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤติในชีวิต (2) บุคคลมีความคิดอัตโนมัติ ด้านลบต่อตัวเอง ต่อโลกและต่ออนาคต มีผลทำให้มีภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบแผนการคิด (Schema) ประกอบด้วย การสรุปความคิดเอาเอง (Arbitrary) บนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือไม่มีข้อมูลสนับสนุนเลย

การเลือกรับข้อมูล(Selective abstraction) มุ่งประเด็นไปในรายละเอียดที่ไม่สำคัญของเหตุการณ์ในขณะนั้นหรือเพิกเฉยต่อสิ่งที่สำคัญ

การคิดหรือแปลความเกินกว่าพื้นฐานความจริง(Over generalization) บนพื้นฐานของความจริงเพียงด้านเดียว หรือประสบการณ์เพียงครั้งเดียว เช่น ทำผิดเพียงครั้งเดียวก็จะคิดว่าตนเองทำผิดพลาดทุกอย่าง

การขยายภาพและการทำให้ลดลง (Magnification and minimization) สะท้อนความคิดที่บิดเบือน ประเมินความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือพึงพอใจให้ลดน้อยลง เช่น มีเหตุการณ์มากระทบหรือมีความผิดพลาดจากสิ่งเล็กๆน้อย อาจมองว่าเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงหรือเป็นความผิดที่ใหญ่โต

การคิดเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง (Dichotomous reasoning) เป็นการคิดที่ไม่มี หรือสมบูรณ์ทั้งหมด เช่น คิดว่าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้สมบูรณ์ ก็จะไม่ทำอะไรที่ต้องทำอีกเลย

ความรู้สึกและความคิดมีความสัมพันธ์และเสริมแรงซึ่งกันและกัน เป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากขึ้น อธิบายด้วยพื้นฐานความคิดที่เกิดจากมีความเชื่อในด้านลบ(Cognitive triad)ดังนี้⁽⁵¹⁾

ความคิดด้านลบต่อตนเอง (Negative view of self) มองว่าตนเองบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่ปรารถนา เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำส่งผลทำให้มีภาวะซึมเศร้าตามมา

ความคิดด้านลบต่อโลก (Negative view of world) จะแปลการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย มองชีวิตเต็มไปด้วยอุปสรรค แปลสถานการณ์ไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเจ็บปวด มี ปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่นและมีภาวะซึมเศร้าตามมา

ความคิดลบต่ออนาคต (Negative view of future) มองว่า ความลำบากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อ มองไปข้างหน้าจะพบกับชีวิตที่มีแต่ความลำบากที่ไม่มีวันลดน้อยลง มีความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อสถานการณ์ในปัจจุบันมีแต่ปัญหาอุปสรรค มองต่อไปว่าสถานการณ์ในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด

ปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้น

1. ปฏิกิริยาทางจิตใจแบบช็อกและปฏิเสธ (Shock & Denial) ลักษณะอาการ มึนงง สับสน หลงลืม จำอะไรไม่ได้ ความคิดแตกกระจาย ไม่สามารถเชื่อมโยงความคิดการรับรู้สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง ปฏิเสธ ไม่ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง มีอารมณ์เศร้าโกรธรุนแรง ควบคุมตนเองไม่ได้ มีอาการทางกาย ใจสั่น มือสั่น ตัวสั่น หายใจถี่แรง

2. **ปฏิกิริยาทางจิตใจแบบโกรธ (Anger)** ลักษณะอาการ ตะโกนด่า กระวนกระวายเดินไปมา ทำร้ายตนเองหรือขว้างของรอบตัว กล่าวโทษแก่บุคคลอื่น พุดชู้อาฆาต ไม่ร่วมมือ แยกตัว ในบางครั้งผู้ประสบเหตุการณ์วิกฤตอาจมีอาการโกรธ แต่ไม่แสดงออกอย่างเปิดเผย อาจสังเกตโดยน้ำเสียง และการกระทำ เช่น กำมือ ขบกราม เกร็ง ตาขวาง มือปากสั่น

3. **ปฏิกิริยาทางจิตใจแบบต่อรอง (Bargaining)** ลักษณะอาการ พุดซ้ำๆ หรือ พุดคัดค้านในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น พุดรุกร้าขอให้ช่วย ขอเข้าไปดู/เยี่ยมญาติ เรียกร้องหรือต่อรอง เพื่อให้ได้ในสิ่งที่ต้องการซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถตอบสนองให้ได้จริง ในเวลานั้น ไม่สามารถยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นได้ อาจคาดหวัง ปาฏิหาริย์ บนบานศาลกล่าว โดยแสดงออกในคำพูดทำนอง เป็นลักษณะหนึ่งของการหลอกตัวเอง

4. **ปฏิกิริยาทางจิตใจแสดงอารมณ์เศร้า (Depression)** ลักษณะอาการ อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ที่พบเห็นได้ง่าย และพบบ่อย อาการเช่น การร้องไห้ เสียใจ ปากสั่น ไม่พูดจา หมัดเรี่ยวแรงอาจมีอาการเป็นลม หรือยืนไม่ไหว อาการเศร้านักปรากฏร่วมกับการรู้สึกผิด และโทษตัวเองซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ความทุกข์โศกยาวนาน (Prolong grief) มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับความทรงจำเก่าๆ ไม่สามารถขจัดความรู้สึกหม่นหมอง เสียใจจากการสูญเสียไปได้เป็นเวลาหลายปี

2. ปฏิกิริยาทุกข์โศกล่าช้า (Delayed reaction) เป็นความผิดปกติที่ไม่สามารถแสดงความรู้สึกออกมา ทั้งในด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ทำให้กระบวนการทุกข์โศกไม่เริ่มต้นหรือไม่สิ้นสุด มักใช้กลไกทางจิตชนิดปฏิเสธความจริง(Denial) และแบบเก็บกด (Suppression) อย่างมาก เพื่อหลีกเลี่ยงความเศร้าโศก การปฏิเสธความเศร้านี้อาจเกิดขึ้นได้หลายปีหรือเก็บกดไว้เป็นเวลานานๆและถูกกระตุ้นให้เด่นชัดขึ้นอีก เมื่อประสบกับความสูญเสียซ้ำ ซึ่งอาจเป็นการสูญเสียแบบเดิมหรือแบบอื่นก็ได้

3. ปฏิกิริยาที่ผิดปกติ (Distorted reaction) เมื่อไม่สามารถปรับตัวให้เป็นไปตามกระบวนการทุกข์โศกที่ปกติได้ ทำให้เกิดความรู้สึกที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ ความวิตกกังวลระดับสูง กลัว ละอายใจ โกรธและที่พบบ่อยที่สุดคือความซึมเศร้า

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาครั้งนี้ พิจารณาจาก 3 ปัจจัย คือ ปัจจัย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง และปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังรายละเอียดต่อไปนี้⁽⁵²⁾

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง (Demographic Data)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ไม่ว่าจะเป็นบิดามารดาหรือผู้ดูแลหลัก ที่ควรสนใจศึกษาคือ อายุ รายได้ การศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ เหล่านี้คือตัวกำหนดศักยภาพ รวมไปถึงบุคลิกภาพของผู้ทำหน้าที่ดูแลเด็กโรคไตเรื้อรัง อัน เกิดจากการผสมผสานมิติด้านการทำหน้าที่และทัศนคติ หล่อหลอมจนเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดวิถีคิด การแสดงออก การตัดสินใจ การเผชิญความเครียด และแบบแผนการดำเนินชีวิต

บุคคลที่มีบทบาทสำคัญและใกล้ชิดเด็กโรคไตเรื้อรังมากที่สุดคือผู้ปกครอง ที่มีหน้าที่ให้การช่วยเหลือและดูแลค่อนข้างยากทุกด้าน ด้วย ลักษณะการดำเนินโรคแตกต่างจากโรคทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุการเกิดโรคที่ไม่ชัดเจน ลักษณะของอาการที่ไม่แน่นอน ส่งผลกระทบต่อผู้ปกครอง ทำให้รู้สึกเหนื่อยหน่ายในการดูแล ท้อแท้ เบื่อหน่าย วิตกกังวล ถ้า ผู้ปกครองไม่ได้รับคำแนะนำหรือมีประสบการณ์มาก่อน อาจเกิดความกลัว รู้สึกผิด โกรธ และซึมเศร้าได้ (Shore as cited in Askey, 2007) หากไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ผู้ปกครองจะเกิดความเครียดและความกดดันมากขึ้น (Sallch, 1994)

เพศ(Gender) เป็นคุณลักษณะค่านิยมทางสังคมที่กำหนดว่าเพศหญิงและเพศชายควรเป็นอย่างไร สังคมมักคาดหวังให้ผู้ชายต้องเป็นคนเข้มแข็งและไม่แสดงอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์ที่แสดงถึงความอ่อนแอ ดังนั้นผู้ชายจึงมักไม่พูดหรือแสดงความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ออกมาอย่างชัดเจน แต่มักจะหันไปใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติดอื่น ๆ มากกว่าที่จะยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะซึมเศร้า ในขณะที่ผู้หญิง แม้ว่าจะสามารถแสดงอารมณ์เศร้าออกมาได้อย่างชัดเจน และเป็นที่ยอมรับของสังคม แต่ ผู้หญิงจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากจน พึ่งตนเองไม่ได้ เผชิญกับความรุนแรงในชีวิตในอัตราที่สูงกว่าผู้ชายมาก ความรุนแรงนี้เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า โดยเพศหญิงมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2 เท่า และมีความเป็นไปได้ว่าอาจเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น การมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ หรือวัยทอง

สถานภาพสมรส(Status) ผู้ที่มีสมรส โสด มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า ผู้ที่หย่าร้าง แยกกันอยู่ หรือหม้าย เมื่อปรับอายุ เพศและตัวแปรอื่นแล้ว สัดส่วนเป็น 2-3 เท่า เนื่องจากปัญหาการปรับตัวในชีวิตสมรสที่คงอยู่เป็นเวลานาน และ ความเครียดของการแยกกันอยู่หรือหย่าร้าง เป็นตัวก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ความเครียดในด้านอื่นๆ หากบุคคลรับรู้และประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่า เกินความสามารถและทรัพยากรที่ตนมีอยู่ คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเอง จะทำให้รู้สึกเครียดได้ เมื่อบุคคลได้ข้อมูลหรือมีการพัฒนาความสามารถเพิ่มเติม จะทำให้มีการประเมินสถานการณ์นั้น

ในทิศทางที่ตนสามารถที่จะจัดการได้ ส่งผลให้รู้สึกเครียดน้อยลง ดังนั้นการเพิ่มความสามารถของผู้ปกครองในฐานะที่เป็นผู้ดูแล จึงมีความจำเป็น ได้แก่ การเพิ่มทักษะการดูแล ตลอดจนความรู้เรื่องโรคและการรักษา เป็นต้น

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย

ความถี่ในการขาดเรียน

พบได้ประมาณร้อยละ 1-5 ของเด็กวัยเรียน ทั้งเด็กหญิงและเด็กชาย โดยอายุเฉลี่ยที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 5-7 ปี 11 ปี และ 14 ปี ผู้ปกครองต้องการให้เด็กเรียนหนังสือ มีชีวิตที่เป็นไปได้ตามปกติเหมือนเด็กคนอื่นๆ โดยเฉพาะเด็กที่มีภาวะไตล้มเหลว ไตเทียม ต้องเข้าพบแพทย์ ทำให้ชั่วโมงในการเข้าเรียนในแต่ละสัปดาห์น้อยลง ตามพระราชบัญญัติการศึกษา ระบุว่าเด็กที่มีความต้องการพิเศษอย่างไตเรื้อรัง มีสิทธิศึกษาได้ตามความเหมาะสมและชั้นนำคุณครูที่โรงเรียนให้สร้างความมั่นใจว่าเด็กสามารถมีส่วนร่วมในห้องเรียนได้ตามปกติ

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วยเด็กโรคไตเรื้อรังไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้ามากนัก เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไป ผู้ปกครองสามารถปรับตัวได้ จากการศึกษาของสุมาพร บรรณสาร เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

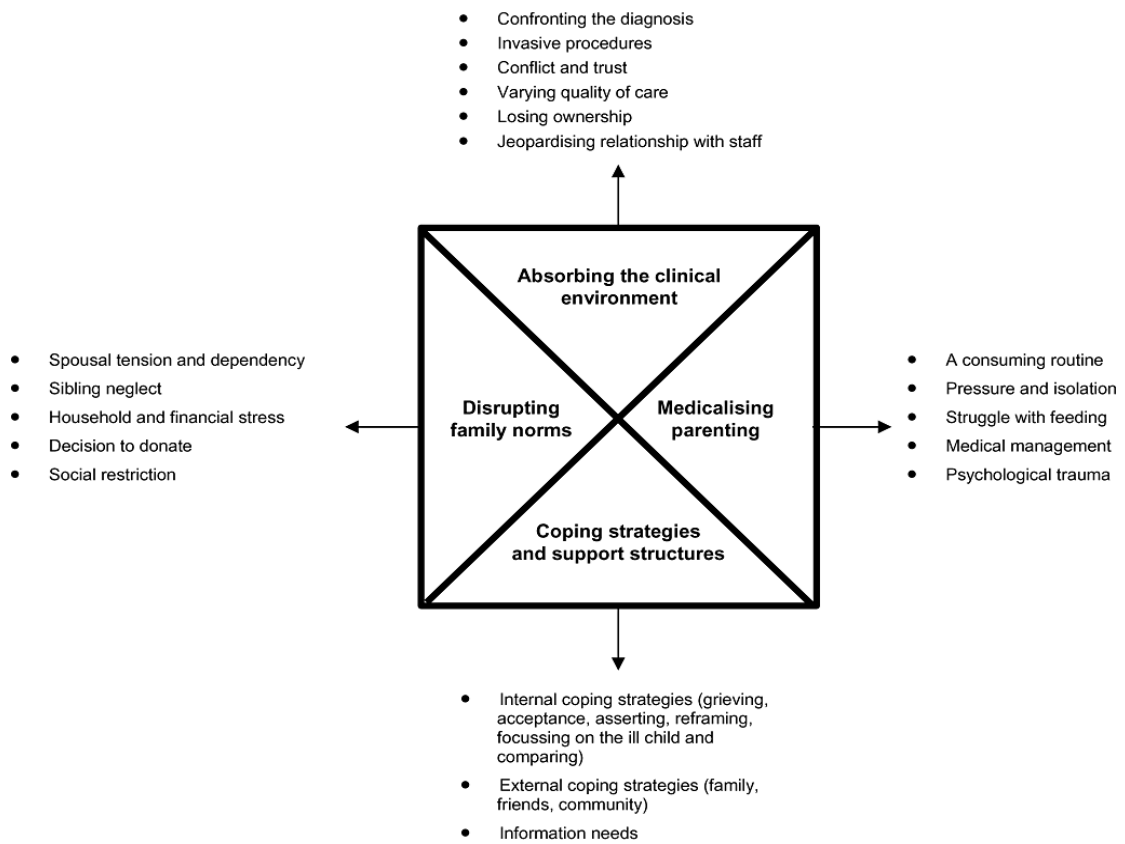
จำนวนครั้งที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในมุมมองของผู้ที่มีความถึงพร้อมของวุฒิทางอารมณ์ กระบวนการเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นวิถีแห่งธรรมชาติ สำหรับเด็กที่เจ็บป่วยจะเกิดการก้าวกระโดดของขั้นตอนการรับรู้ดังกล่าว เด็กผ่านการเกิดแล้วประสบภาวะการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรัง การรักษาและอยู่ในโรงพยาบาลเป็นสภาวะที่ต้องการการปรับตัวทั้งสิ้น โดยเฉพาะเด็กป่วยไตเรื้อรังที่มีภาวะเสี่ยง ในกลุ่มอายุ 6 เดือนถึง 6 ปี เด็กที่นอนโรงพยาบาลบ่อยครั้งและครั้งละนานๆ อาจส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมวิตกกังวลต่อการแยกจากบิดามารดา หวาดกลัว พฤติกรรมถดถอย ได้แก่ ดูดนิ้ว กัดเล็บ ปัสสาวะรดที่นอน ทำตัวเป็นเด็กกว่าวัย ก้าวร้าว รุนแรง กลัวคนที่ไม่คุ้นเคย เช่น แพทย์ พยาบาล ซึมเศร้า แยกตัว มีปัญหาการเรียนเนื่องจากขาดเรียนบ่อย

ระดับความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ^(53,54)

จากการศึกษาของ Tong A, Lowe A, Sainsbury P, Craig JC เรื่อง การรับรู้ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กโรคไตเรื้อรัง จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบประเด็นที่น่าสนใจคือ 1) บิดา

มารดา พยายามยอมรับการวินิจฉัยว่าบุตรมีภาวะไตวายเรื้อรัง กลายเป็นผู้ดูแลในบทบาททำให้เกิดความเครียด 2) ผลกระทบจากความเจ็บป่วยของบุตร ทำให้ผู้ปกครองมีความต้องการในด้านต่างๆ เพื่อปรับสมดุลของตนเองให้เผชิญกับสิ่งก่อความเครียดได้ 3) วัฒนธรรมพื้นฐานของครอบครัว 4) กลวิธีการเผชิญปัญหาและโครงสร้างการสนับสนุนผู้ปกครอง ขึ้นอยู่กับ บทบาทของแพทย์และการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาจากผู้ปกครองเด็กโรคไตวายเรื้อรังคนอื่นๆ ตามแผนภาพด้านล่างนี้



Child: Care, Health and Development
 Volume 36, Issue 4, pages 549-557, 15 APR 2010 DOI: 10.1111/j.1365-2214.2010.01067.x

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว

ข้อมูลเบื้องต้นของลักษณะครอบครัว จะได้ภาพความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ทางกายภาพ เมื่อศึกษาครอบครัวทั้งระบบ จะได้ภาพความสัมพันธ์ที่ชัดเจน ในด้านเศรษฐกิจ กระบวนการดำเนินชีวิต บทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นประโยชน์ ในการวิเคราะห์ปัญหาครอบครัวและให้การช่วยเหลือได้

ลักษณะของครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญคือ สายสัมพันธ์ในครอบครัว ปฏิกริยาของบิดามารดาต่อการวินิจฉัยมีผลต่อเด็กที่เจ็บป่วย อาการ การรักษาที่บุตรได้รับ เพราะ บิดามารดาเป็นแบบอย่างที่จะทำนองต่อเด็ก ฐานะของครอบครัว มักได้รับผลกระทบโดยตรงใน ภาวะที่ต้องดูแลเด็กป่วยไตเรื้อรัง⁽¹⁸⁾ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ผิดหวัง ไม่มั่นคง ก่อให้เกิด ภาวะซึมเศร้าได้

กล่าวได้ว่า โครงสร้างครอบครัว (Family Structure) เป็นแหล่งให้ประสบการณ์ ชีวิตที่สำคัญ โครงสร้างครอบครัวที่เน้นองค์ประกอบของสมาชิก เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อภาวะ สุขภาพและพัฒนาการของครอบครัว ปัจจุบันมีงานวิจัยพบว่าโครงสร้างของครอบครัวที่แตกต่าง กัน อาจเกิดจากการย้ายถิ่นไปประกอบอาชีพของบิดามารดา การหย่าร้าง แยกกันอยู่ ครอบครัวที่ อยู่รวมกันหลายรุ่น มีผลดีผลเสียต่อการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังแตกต่างกัน⁽¹⁾

Minuchin กล่าวว่า ครอบครัวทุกครอบครัวมีโครงสร้าง (Structure) ที่มีลักษณะ เฉพาะ มีระเบียบแบบแผนชัดเจน การปรับตัวตามสถานการณ์ต่างๆเหมาะสม สามารถดำรงชีวิต ครอบครัวอยู่อย่างปกติสุข ครอบครัวที่มีกฎระเบียบแบบแผนไม่ชัดเจน ขาดความยืดหยุ่นในการ เปลี่ยนแปลง เมื่อครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้น ก่อให้เกิดความเครียด ความยุ่งยาก ขาดประสิทธิภาพในการจัดการปัญหา

Akerman ศึกษาอิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อสุขภาพจิตเด็ก ในด้านจิตวิเคราะห์ พบว่า ครอบครัวเป็นระบบหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ความขัดแย้งใจของ สมาชิกในครอบครัว เกิดได้ทั้งภายในจิตใจ (Interpersonal conflict) ของสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือระหว่างสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว

Bowen กล่าวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวจะเกี่ยวพัน กันในด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ การที่สมาชิกในครอบครัวเข้าใจแบบ แผนพฤติกรรมและสภาพครอบครัวที่มีความขัดแย้ง สมาชิกสามารถมีความสัมพันธ์ในครอบครัว อย่างอิสระได้

ครอบครัวมีคุณสมบัติเป็นระบบ มีโครงสร้าง หน้าที่ การดำรงไว้ซึ่งขอบเขต และมีการเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยระบบย่อยภายในครอบครัว ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่าง สมาชิก โดยกำหนดค่านิยม บทบาทเฉพาะ ได้แก่ ระบบย่อยคู่สามีภรรยา (Spouse subsystem) เป็นระบบที่บุคคล 2 คน มีความสัมพันธ์กันในลักษณะของคู่สมรส และร่วมกันเป็นบิดามารดา ระบบย่อยบิดามารดาและบุตร (Parent-child subsystem) เป็นระบบย่อยที่มีการแสดงบทบาท

หน้าที่ของบิดามารดาที่พึงแสดงต่อบุตร และที่บุตรแสดงต่อบิดามารดา ระบบย่อยพี่น้อง (Sibling subsystem) เป็นระบบย่อยที่บุตรมีความสัมพันธ์กันเอง โดยแสดงบทบาทหน้าที่ของพี่น้องในระบบย่อยอื่นๆ (Other subsystem) เป็นระบบย่อยที่มีลักษณะความสัมพันธ์เฉพาะ เช่น ยายกับหลาน สะใภ้กับมารดาของสามี ลูกกับหลาน เป็นต้น เปรียบเทียบกับการศึกษาของ Friedman และ McIntyre ศึกษาทฤษฎีโครงสร้างของครอบครัว ประกอบด้วย 5 ส่วนคือ ระบบย่อยในครอบครัว (Subsystem) โครงสร้างบทบาทของสมาชิก (Role structure) โครงสร้างด้านค่านิยม (Value system) กระบวนการสื่อสาร (Communication process) และโครงสร้างอำนาจ (Power system)

ผลรวมของระบบย่อยที่สัมพันธ์กัน ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของครอบครัวและคุณลักษณะที่จำเป็นของครอบครัวปกติ อาจมีการกำหนดโดยชัดเจน (Explicit rule) หรือไม่กำหนดชัดเจน (Implicit rule) ก็ได้ว่า ไม่มีการตกลงกัน แต่เป็นที่เข้าใจและยอมรับกันโดยปริยาย เช่น บุตรต้องเชื่อฟังพ่อแม่ เป็นต้น การปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์แตกต่างกันไปในแต่ละครอบครัว ขึ้นกับฐานะ เชื้อชาติ ศาสนาและปัจจัยอื่นๆในสังคม

บริบทภายในครอบครัว (Family Context) ที่สำคัญประกอบด้วย สภาพแวดล้อมของครอบครัว (Family Environment) สัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationships) และเหตุการณ์วิกฤตในครอบครัว เนื่องจากสภาพแวดล้อมของครอบครัว นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นแหล่งหล่อหลอมลักษณะนิสัย และบุคลิกภาพของบุคคลที่จะเติบโตต่อไปในวันข้างหน้า

งานวิจัยระยะยาวของ Caldwell และคณะ ทำการศึกษาสภาพแวดล้อมของครอบครัวที่มีฐานะยากจนในเด็กตั้งแต่อายุ 6 เดือน และทดสอบระดับสติปัญญาของเด็กด้วย IQ Test เมื่อเด็กอายุ 3 ปี และ 4 ปี พบว่า เด็กที่มารดามีความรับผิดชอบ ตอบสนองบุตรอย่างอารมณ์ดีและใช้คำพูดนุ่มนวลอ่อนโยน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุตรตลอดเวลา มีการจัดหาของเล่นให้เหมาะสมกับวัย จัดประสบการณ์ที่หลากหลายในชีวิตประจำวัน ให้บุตรระหว่างช่วงแรกของชีวิต ร่วมด้วยสภาพแวดล้อมที่ดี ส่งผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เด็กมีพัฒนาการทางสังคมและภาษาเพิ่มขึ้น ทั้งในช่วงอายุ 6 เดือน และ 12 เดือน รวมทั้งมีระดับสติปัญญาจากคะแนน IQ test เพิ่มขึ้นเมื่ออายุ 3 ปีและ 4 ปี

จากการวิจัยสภาพแวดล้อมของครอบครัวในเด็กช่วงอายุ 3 ปีแรก ซึ่งเป็นเด็กอเมริกันต่างเชื้อชาติ 3 กลุ่มคือ อเมริกันเชื้อสายคอเคเซียน อเมริกันเชื้อสายแอฟริกัน และอเมริกันเชื้อสายเม็กซิกัน อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมของบ้านที่จัดให้มีของเล่นละเล่นวัสดุการเรียนรู้ มีการเอาใจใส่และสนับสนุนจากบิดามารดา ตลอดจนให้ประสบการณ์ที่หลากหลายแก่เด็ก พบว่า

ปริมาณของการกระตุ้นเด็กในช่วงแรกของชีวิตมีความเชื่อมโยงกัน การให้ความอบอุ่น การกระตุ้นภาษาและพฤติกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมให้กับเด็ก เป็นตัวชี้วัดสัมพันธภาพในครอบครัวได้ดี จึงควรให้ความสำคัญต่อบัจจัยสิ่งแวดล้อมครอบครัวด้วย

เหตุการณ์วิกฤติในครอบครัว วิธีการดำเนินชีวิตของแต่ละครอบครัว อาจประสบเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นกับวัฏจักรชีวิตของบุคคล จำนวนและความรุนแรงของเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อครอบครัวแตกต่างกัน เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ทำให้ครอบครัวใช้ความพยายามในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลและปกติสุข เปรียบเสมือนแหล่งความเครียด หากครอบครัวดูแลจัดการไม่ดี ย่อมเกิดผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว การศึกษาอิทธิพลเชิงสาเหตุของเหตุการณ์ชีวิตครอบครัวได้รับความสนใจมากกว่า 25 ปี และมีผลปรากฏชัดเจนว่าเหตุการณ์ชีวิตครอบครัวมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของสมาชิกครอบครัวเป็นอย่างมาก อาทิเช่น การศึกษาของฟอร์ดและคณะ ในปี ค .ศ.1996 พบว่าครอบครัวที่มีทารกตายโดยไม่ทราบสาเหตุ(SIDS) มีเหตุการณ์วิกฤติในครอบครัวมากกว่าครอบครัวปกติ ส่วนด้านการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก การศึกษาพบว่าเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการความผูกพันระหว่างมารดาและทารกวัย 12-18 เดือน สำหรับความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูเด็กพบว่า เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงชีวิตครอบครัวไม่มีผลโดยตรง แต่มีผลโดยอ้อมคือทำให้มารดามีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาในการอบรมเลี้ยงดูบุตรตามมาภายหลัง ในประเทศไทย วัฒนธรรมและการเลี้ยงดูแตกต่างกัน เหตุการณ์ชีวิตครอบครัวที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงอายุของบุคคล เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงควรมีการศึกษาว่าเหตุการณ์ใดยากที่จะแก้ไขโดยปรากฏซ้ำๆและเป็นเวลานาน

ระดับของภาวะซึมเศร้า อาจแบ่งตามความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ได้แก่^(35,51)

1. **ภาวะซึมเศร้าเศร้าตามสถานการณ์** เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เมื่อบุคคลเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่มีความยุ่งยาก มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ (Emotional)	ผิดหวัง หงุดหงิด เศร้าใจ
ด้านความคิด (Cognitive)	คิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง
ด้านสรีรวิทยา (Physical)	เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า

<p>ด้านพฤติกรรม และแรงจูงใจ (Behavioral & Motivation)</p>	<p>ความคิด การเคลื่อนไหว ตลอดจนการพูดเชิงซ้ำ ความสนใจสิ่งต่างๆ ลดลง ไม่กระตือรือร้นในชีวิต รู้ สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนี้ แต่ไม่เข้าใจ และไม่สามารถจัดการได้ เกิดความกังวลใจมากเพราะไม่ทราบสาเหตุ พยายามฝึกตัวเองแต่กระทำไม่ได้ ความจำและสมาธิลดลง ต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ รู้สึกเหนื่อยง่าย ต้องการแยกตัวออกจากสังคม</p>
---	--

2. **ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย** เป็นอารมณ์เศร้าที่เบี่ยงเบนจากปกติ มีอารมณ์เศร้าต่อเนื่องและเพิ่มกว่าระดับแรก มีลักษณะอาการดังนี้

<p>ด้านอารมณ์ (Emotional)</p>	<p>โกรธ วิดกกังวล ผิดหวัง ล้มเหลว หมดหวัง รู้สึกผิด เศร้าสลด (Dejected mood) มีความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง (Negative feelings toward self) สูญเสียความผูกพันทางอารมณ์ (Loss of emotional attachment) มีความพึงพอใจในตนเองลดลง (Reduction in gratification) ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ (Crying spells) การตอบสนองต่อความร่าเริงต่างๆ ลดลง (Loss of mirth response)</p>
<p>ด้านความคิด (Cognitive)</p>	<p>กังวล หมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง สูญเสีย ต่ำหนิตนเองและผู้อื่น รู้สึกขัดแย้งใจ ประเมินตนเองต่ำ คิดว่าตนเองล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่มีความสามารถ มองโลกในแง่ร้าย วิพากษ์วิจารณ์ตนเองรู้ว่าตนเองต้องถูกตำหนิและลงโทษ ลำบากในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองไม่ตรงกับความเป็นจริง</p>
<p>ด้านสรีรวิทยา (Physical)</p>	<p>คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหลัง เจ็บหน้าอก มักมีความอยากรับประทาน อาหารลดลง น้ำหนักลด หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่ม มีความยากลำบากในการนอนหลับ แบบแผนการนอนผิดปกติ ขาดความสนใจเรื่องเพศ มีความเชื่อว่าตนเองเจ็บป่วยทางกาย</p>
<p>ด้านพฤติกรรม (Behavioral)</p>	<p>น้ำตาไหล กระสับกระส่าย แยกตัว มีพฤติกรรมถอยหลัง แยกตัวเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสนใจน้อยลง ควบคุมตนเองได้น้อยลง เช่น ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้นานอนหลับ ยาแก้ปวดมากขึ้น แสดงความต้องการพึ่งพามากขึ้น</p>

3. **ภาวะซึมเศร้าระดับกลาง** เป็นอารมณ์เศร้าที่มีปัญหา เริ่มมีความผิดปกติ
ลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ (Emotional)	รู้สึกเศร้ามาก จิตใจห่อเหี่ยวไม่มีแรง สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า
ด้านความคิด (Cognitive)	คิดเชิงซ้ำ ถดถอย ไม่มีสมาธิ คิดวุ่นวาย ย้ำคิดย้ำทำ มองโลกในแง่ ร้าย
ด้านสรีรวิทยา (Physical)	คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ รับประทานอาหารมากเกินไปหรือไม่ รับประทานอาหาร ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ความพึงพอใจทาง เพศลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บอก เจ็บท้อง ไม่มีพลังกำลัง อ่อนเพลียเมื่อยล้า รู้สึกตื่นนอนเช้าและเร็วในตอนบ่าย ระบบสื่อสาร ผิดปกติ
ด้านพฤติกรรม (Behavioral)	เคลื่อนไหวช้า พูดช้า ราพึงรำพันแต่ความทุกข์ของตนเอง คิดหมกมุ่น เกี่ยวกับความผิดหวัง ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่สนใจสุขอนามัยของ ตนเอง ใช้สารเสพติด พยายามทำร้ายตนเอง

4. **อารมณ์เศร้าระดับมาก** เป็นอารมณ์เศร้าที่ต้องได้รับการเยียวยา มีลักษณะ
อาการดังนี้

ด้านอารมณ์ (Emotional)	สิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า เฉยเมย โดดเดี่ยว เศร้ามากจนไม่มีทางดีขึ้นมาเลย ไม่ยินดียินร้ายใดๆทั้งสิ้น
ด้านความคิด (Cognitive)	คิดสับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิ โดยเฉพาะคิดว่าผู้อื่นคิดร้ายต่อ ตนเอง มีอาการประสาทหลอน คิดทำร้ายตนเอง คิดหลงผิดว่าตนเอง เจ็บป่วยเป็นโรคต่างๆ
ด้านสรีรวิทยา (Physical)	เคลื่อนไหวร่างกายเชิงซ้ำ ระบบภายในร่างกาย ทำงานผิดปกติ ได้แก่ ย่อยอาหารช้า ท้องอืด ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวลด นอนไม่หลับ ตื่นเช้ากว่าปกติ ระบบสื่อสารผิดปกติ
ด้านพฤติกรรม (Behavioral)	เคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ถดถอย ยืนหรือนั่งที่อ ยู่ในท่าเดีวนานๆ ไม่ สนใจสุขอนามัยของตน แยกตัวออกจากสังคม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับ ผู้อื่น

การประเมินภาวะซึมเศร้า⁽⁵²⁾

Beck Depression Inventory (BDI-IA) ประเมินแบบ Self-report measures โดยถามความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ข้อ ให้คะแนนตามความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ผลที่ได้ค่อนข้างตรงกับความคิด ความรู้สึกของผู้ตอบ ค่าคะแนนมากยิ่งบอกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ประโยชน์ของเครื่องมือ Beck Depression Inventory (BDI-IA) คือ ใช้ง่าย สะดวก สามารถประเมินในกลุ่มคนจำนวนมากในเวลาอันสั้น ทั้งยังประหยัดค่าใช้จ่าย จากความเหมาะสมดังกล่าว ทำให้เครื่องมือนี้นำไปใช้ด้านการพยาบาล เพื่อคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้า เข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือ ตลอดจนวางแผนการรักษา

ด้านการวิจัย โดยการประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluation) เพื่อจำแนกอาการ ความรุนแรงและวัดความถี่ของอาการ โดยพิจารณาเรื่องความเที่ยง (Reliability) Criterion validity และ Cut off score เป็นสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหลายการศึกษา เช่น งานวิจัยของนพดล เตมียะประดิษฐ์ ในปี 2536 เรื่องภาวะซึมเศร้าในคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสงขลา งานวิจัยของสิตานันท์ พูนผลทรัพย์ ในปี 2548 เรื่องภาวะซึมเศร้ากับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานวิจัยของ Abbas Ali Mansour ในปี 2549 เรื่อง The prevalence of co morbid depression among adults with diabetes in Southern Iraq

ด้านจิตสังคม โดยทดสอบสมมติฐานทางคลินิกและ Case formulation ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีความสำคัญอย่างมาก จำเป็นต้องเข้าใจสาเหตุ หน้าที่และปัจจัยทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และอาจเชื่อมโยงกับอาการเจ็บป่วยได้

ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationships)

บริบทที่สำคัญที่สุดของบุคคลคือครอบครัว นิยามครอบครัวของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) หมายถึง การมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่สงบสุข กลมกลืน แต่ละบุคคลให้นิยามของครอบครัวแตกต่างกันไป ตามกาลเวลาและสถานภาพของบุคคล ปัจจุบันครอบครัวมีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งในวิธีที่ครอบครัวถือกำเนิดขึ้นมา ในรูปแบบและการปฏิบัติหน้าที่ จากความสัมพันธ์ที่เห็นห่างระหว่างสมาชิกในครอบครัว ถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวิถีแห่งชีวิตและการ "เสื่อมถอย" ของครอบครัวเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว

กรอบแนวคิดของทฤษฎีสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นการพิจารณาแบบแผนการกระทำระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว จากพื้นฐานความคิดที่ว่า “ครอบครัวเป็นหน่วยของการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลผ่านกระบวนการสื่อสาร ซึ่ง อาศัยสัญลักษณ์และการแปลความหมายจากการรับรู้ของแต่ละฝ่าย” เป็นสิ่งที่ทุกสังคมและทุกครอบครัวต้องปฏิบัติ

ครอบครัวเกิดขึ้นเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อการดำรงอยู่และสืบต่อวงศ์ตระกูล ตอบสนองความต้องการพื้นฐานรวมไปถึงปกป้องบุคคลให้พ้นจากภัยอันตรายภายนอก พัฒนาบุคคลในการสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคง การสร้างความผูกพันกับผู้อื่น รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างปกติสุข เป็นหน่วยเศรษฐกิจ(Economic Unit) ทำหน้าที่ผลิตหรือให้ได้มาซึ่งรายได้ เพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยนและจัดหาสิ่งจำเป็นต่างๆ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัว⁽⁷²⁾

ทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory) Blumer, Herbert (1969) กล่าวว่า ทฤษฎีนี้เริ่มด้วยความคิดเรื่องการกระทำระหว่างกัน (Interaction) และสัญลักษณ์(Symbol) เป็นหัวใจสำคัญ เป็นทฤษฎีระดับจุลภาค (Micro) เน้นความสำคัญกับตัวบุคคล ให้ความรู้เกี่ยวกับจิตใจมนุษย์ (จิตใจ ตัวตน บุคลิกภาพ) และสังคมครบถ้วน หัวใจของทฤษฎีอยู่ที่คิดการกระทำระหว่างกันด้วยสัญลักษณ์ มีสมมติฐานสำคัญว่า เมื่อบุคคลติดต่อกันหรือกระทำอันใดต่อกัน โดยอาศัยสัญลักษณ์เป็นสื่อ ทำให้เกิดความเข้าใจ สัญลักษณ์มีหลายแบบ เช่น ภาษา กิริยา ท่าทาง หรือการกระทำ ภาษา เป็นระบบสัญลักษณ์ที่มีความซับซ้อนยากแก่การเข้าใจ ต้องอาศัยการเรียนรู้และฝึกฝนเป็นเวลานาน จึงจะนำมาใช้ได้ มีข้อจำกัดที่ว่า ในขณะที่นั้นๆ บุคคลจะรู้ความหมายได้ ต้องอาศัยการตีความตามบริบท(Context)

ทฤษฎีการจำแนกความแตกต่างระหว่างบทบาท (Role Differentiation Theory) Parsons (1955) จำแนกบทบาทของสามีภรรยาในครอบครัวเป็น 2 ประเภท คือ บทบาทเชิงเครื่องมือ (Instrumental Role) ที่เน้นสามีเนื่องจากมีบทบาทเด่นทางด้านระบบเศรษฐกิจภายนอกครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงต่อการแสวงหาสิ่งจำเป็นหรือทรัพยากรสำหรับเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว อาชีพของสามีจึงมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว ส่วนบทบาทเชิงอารมณ์ (Expressive Role) พิจารณาจากภรรยา ที่มีบทบาทเป็นศูนย์กลางภายในครอบครัว และเป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ดังนั้นบทบาททั้งสองประเภทนี้แบ่งแยก โดยยึดถือความแตกต่างระหว่างเพศเป็นสำคัญ

ตัวแปรที่ได้จากทฤษฎีนี้ ได้แก่ บทบาทการหาเลี้ยงครอบครัว และการทำงานนอกบ้านของภรณยานั้นคือ การที่ภรณยามีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวมากกว่า หรือออกไปทำงาน

นอกบ้าน ก่อให้เกิดความแตกต่างของคู่สมรสในด้านการสนองจิตใจภายในครอบครัว รวมทั้งการใช้อำนาจของคู่สมรส ซึ่งจะมีผลให้เกิดความไม่เป็นปึกแผ่นขึ้นในครอบครัว

ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว มีผู้ให้นิยามไว้ดังนี้⁽¹⁵⁾

บังอร เทพเทียน และคณะ (2550) ได้นิยามความหมายของ สัมพันธภาพในครอบครัวไทย ตามตัวชี้วัดของครอบครัวเข้มแข็ง ซึ่งพัฒนามาจากคณะทำงานมาตรการสถาบันครอบครัวเข้มแข็งว่า ประกอบด้วย 3 ดัชนีชี้วัด คือ การร่วมกิจกรรม การสื่อสารในครอบครัวและการเอื้ออาทรต่อกัน

ศิริกุล อิศรานุรักษ์และคณะ (2546) นิยามความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ความใกล้ชิดคุ้นเคยกันตามบทบาทที่คนเรามีต่อสมาชิกในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะปรองดองรักใคร่กลมเกลียวกัน ถือว่าเป็นสัมพันธภาพที่ดี แต่ถ้าเป็นความขัดแย้ง หรือรู้สึกไม่ดีต่อกัน ถือว่าเป็นสัมพันธภาพที่ไม่ดี

ในการศึกษาครั้งนี้ให้สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ปริมาณการรับรู้ของผู้ปกครอง เกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเครือญาติหรือบุคคลอื่นๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีทั้งสัมพันธภาพที่ดีและไม่ดี⁽²⁴⁾

สัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relationships) เป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูอื่นกับเด็กที่สามารถทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย มีอิสระในการบุกเบิก มีคนพูดคุยด้วย มีเวลาพร้อมให้เด็กเล่นสนุกสนานต่างๆ พฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิต อารมณ์ พัฒนาการทางสติปัญญาและความสามารถทั่วไปของเด็ก⁰ ผลการศึกษาเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า อิทธิพลระหว่างสัมพันธภาพมารดาและบุตรมีความสำคัญต่อเด็กมากที่สุด ส่วนสัมพันธภาพระหว่างบิดากับเด็ก และระหว่างพี่น้องมีความสำคัญมากเช่นกัน ทั้งหมดนี้มีผลกระทบต่อบรรยากาศความอบอุ่นในครอบครัว เมื่อบุตรเจริญเติบโตเข้าสู่วัยเรียน และวัยรุ่น ความขัดแย้งระหว่างบิดามารดาและบุตรมากขึ้น จึงควรสนใจพลวัตของสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวในแต่ละช่วงอายุของเด็ก เพื่อทำนายผลกระทบต่อเด็กโดยรวม ปัจจัยครอบครัว ถือเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่จะอธิบายความสัมพันธ์และ พัฒนาการของครอบครัวในระยะต่างๆ ข้อมูลที่ชัดเจนจะนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ชัดเจนด้วย

องค์ประกอบตัวชี้วัดสัมพันธภาพในครอบครัว

กรมประชาสัมพันธ์กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (2539) ได้สร้างคุณลักษณะของ “ครอบครัวผาสุก” ประกอบด้วย 4 หมวด 20 ตัวชี้วัด โดยหมวดที่ 2 ครัวเรือนที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี มี 3 ตัวชี้วัด คือ เด็กในครัวเรือนไม่เคยหนีออกจากบ้าน ตัวชี้วัด

ต่อมา ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ ตัวชี้วัดสุดท้าย สมาชิกในครัวเรือน ปฏิบัติต่อกันด้วยความรักและปรารถนาดีซึ่งกันและกันอย่างมีเหตุผล⁽²⁵⁾

นิตยา คชภักดี (2545) ได้จัดทำตัวชี้วัดและเกณฑ์ประเมิน “ครอบครัวอยู่ดีมีสุข” จำนวน 22 ตัวชี้วัด โดยองค์ประกอบที่ 3 สัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด ดังนี้ ครอบครัวที่สมาชิกมีการแสดงออกถึงความรักเคารพนับถือและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ตัวชี้วัดต่อมา ครอบครัวที่สมาชิกมีโอกาสอยู่พร้อมหน้ากันและทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ร่วมกันเป็นประจำ ตัวชี้วัดที่สาม ครอบครัวที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการปรึกษาหารือและตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่างๆ ของครอบครัวร่วมกัน และตัวชี้วัดสุดท้ายคือ ครอบครัวที่อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข⁽²⁵⁾

ระดับของสัมพันธภาพในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

สัมพันธภาพไม่ดี	ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ ความผูกพันและความร่วมมือกันมีน้อย การปรับตัวไม่ดี
สัมพันธภาพปานกลาง	ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัว มีความผูกพันกันปานกลาง ความร่วมมือ และการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง
สัมพันธภาพดี	ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัว มีความผูกพันกันมาก ความร่วมมือ และการปรับตัวอยู่ในระดับดี

การวัดระดับสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว(Family Relationships) นับตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน มีบทบาทมากโดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพาอย่างเด็กที่เป็นโรคไตเรื้อรัง หากมีสัมพันธภาพที่ดี สามารถบ่งบอกได้ว่าผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพาได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว ในทางกลับกันหากมีสัมพันธภาพที่ไม่ดี อย่างกรณีผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าการที่ตนเองต้องตกเป็นผู้ดูแล โดยมีเหตุผลว่าต้องรับผิดชอบหรือรู้สึกถึงความเป็นพันธะที่ต้องดูแล เหตุเหล่านี้ ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบต่อภาวะซึมเศร้า⁽²⁸⁾ สัมพันธภาพในครอบครัวมี 4 ด้าน ประกอบด้วย

ด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวหมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวได้ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทั้งในบ้านและนอกบ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำงานบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจ การเล่นกีฬา การเยี่ยมญาติมิตรเพื่อนฝูง การร่วมพิธีกรรมงานบุญ กิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์

ทัดดาว ลิ้มพะสุต (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการอบรมเลี้ยงดูกับสัมพันธภาพในครอบครัวของนิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน ที่

ครอบครัวสมบูรณ์ ประกอบด้วยพ่อแม่พี่น้อง และจะต้องอยู่กับครอบครัวในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบว่า นิสิตทำกิจกรรมร่วมกับพ่อแม่และพี่น้องพร้อมๆ กันมากที่สุด รองลงมาคือกับแม่ คนเดียวน้อยที่สุดคือ กระทำร่วมกับพ่อคนเดียว กิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวทำร่วมกันมากที่สุดคือกิจกรรมที่ต้องกระทำด้วยกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารนอกบ้าน ดูโทรทัศน์ การไปเยี่ยมญาติ เป็นต้น ส่วนกิจกรรมที่กระทำน้อยที่สุดคือ กิจกรรมที่เป็นเรื่องส่วนตัว และการเรียน

ด้านการพูดคุย ปรัชญาหรือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัว ได้ร่วมสนทนาพูดคุย แสดงความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ และปรัชญาหรือ ในการแก้ปัญหาต่างๆ ของครอบครัว

ศักดิ์ชัย บุญเพ็ง (2542) ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาอุปสรรคในการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว และทัศนคติต่อแนวทางการเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวของเจ้าหน้าที่ตำรวจ กองบังคับการตำรวจนครบาล 6 จำนวน 8 แห่ง รวม 180 ราย ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว มีการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน พูดคุยกันอย่างสม่ำเสมอ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับคู่สมรส พูดคุยกันให้เข้าใจกับคู่สมรสเมื่อมีการขัดแย้ง รวมทั้งตัดสินใจและแก้ไขปัญหาร่วมกับคู่สมรส แสดงให้เห็นว่าภาพรวมสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี

ด้านการแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรกัน ทั้งทางกาย วาจา และใจของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการแสดงออกด้วยการไหว้ กอด หอม ถูบ และสัมผัสอย่างอ่อนโยนของสมาชิกในครอบครัว

ผจญจิตต์ พิทักษ์ภากร (2543) ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานครอบครัวเดิมของคู่สมรส การตัดสินใจเลือกคู่ครอง องค์ประกอบครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยาครอบครัว ที่มีต่อความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความสัมพันธ์ดังกล่าวด้วย โดยสัมภาษณ์สามีภรรยาที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน จำนวน 480 ครอบครัวในจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะความเป็นปึกแผ่นของครอบครัวในจังหวัดราชบุรี ประกอบด้วย 6 มิติ และมีน้ำหนักปัจจัย (Factor Loading) ในแต่ละมิติไม่เท่ากัน ซึ่งเรียงลำดับจากมากไปน้อยคือ ความมีน้ำใจและเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน การให้ความรักต่อกัน การมีบรรทัดฐานในครอบครัวร่วมกัน การมีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน การทำกิจกรรมร่วมกัน และความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นวัย ซึ่งทั้ง 6 มิติมีองค์ประกอบหรือปัจจัยร่วมเพียงหนึ่งปัจจัยคือ ปัจจัยความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว ซึ่งมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรของปัจจัยได้ร้อยละ 60.81

ด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว

หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวร่วมกัน รับผิดชอบงานของตนเองและส่วนรวม แบ่งเบาภาระซึ่งกันและกัน มีการอบรมสั่งสอน ปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม และเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่กัน รวมทั้งมีการกำหนดและยอมรับกฎระเบียบ หรือข้อบังคับของบ้านร่วมกัน เป็นต้น

ภัสสร ลิมานนท์ และคณะ (2538) ศึกษาครอบครัวไทยในเขตเมืองและชนบท จากทุกภาคของประเทศไทย เรื่องการมีส่วนร่วมในครอบครัวพบว่า ทั้งชายและหญิงเห็นด้วยว่าสามีภรรยาช่วยเหลือซึ่งกันและกันในงานบ้าน เรื่องการตัดสินใจพบว่า ค่าใช้จ่ายภายในบ้านและการดูแลบุตร หญิงมีบทบาทในการตัดสินใจมากกว่าชาย ส่วนเรื่องสำคัญอื่นมักจะตัดสินใจร่วมกัน เช่น การซื้อของที่มีราคา การตัดสินใจลงทุนประกอบธุรกิจ การกำหนดจำนวนบุตร การศึกษาเล่าเรียนของบุตร

การสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่อบอุ่นในครอบครัว

ตามสุขบัญญัติแห่งชาติข้อที่ 6 ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กระตุ้นเตือนให้คนในครอบครัว เห็นความสำคัญของสมาชิกครอบครัว การอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างมีความสุข มีหลักเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกัน ปฏิบัติต่อกัน เตรียมวางแผนพัฒนาสัมพันธภาพของครอบครัว ปรับเปลี่ยนตามสภาพการณ์ที่อาจเปลี่ยนแปลงไป เพื่อคงความรักความอบอุ่นในครอบครัว⁽²⁶⁾

นอกจากนี้ ดร. สายสุรี จุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิด้านครอบครัวสตรีเด็กและเยาวชน ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ความสุขในครอบครัวเกิดขึ้นได้จาก การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จากการเอาใจใส่ดูแล และเอื้ออาทรกัน รู้จักคนที่เรารักเคารพกันและกัน มีความรับผิดชอบ ความวางใจ ให้กำลังใจ ให้ภัยกันและกัน รู้จักสื่อสารในครอบครัว ใช้เวลาด้วยกันอย่างมีคุณค่า และมีคุณภาพ ปรับตัวตามภาวะที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในครอบครัว รู้จักภาระหน้าที่ในครอบครัวช่วยเหลือกันและกัน และมีความใกล้ชิดทางสัมผัส⁽²⁷⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมของ ลำเจียก กำจร, หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ ศึกษาเรื่อง ความผูกพันในครอบครัวความเชื่อที่ไร้เหตุผลและภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนใน

ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน พบว่า ความผูกพันในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=-.461$)⁽²⁹⁾

การศึกษาของพรเพ็ญ สำเภา ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความว่าเหว่และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า สัมพันธ์ภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า⁽³⁰⁾

งานวิจัยในต่างประเทศ มีการศึกษาที่น่าสนใจ คือการศึกษาของ Álvarez Zúñiga และคณะ จาก Universidad de Almería España Nacional Autonomo de Mexico, Mexico ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความขัดแย้งในครอบครัวของเด็กวัยรุ่น พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกันในครอบครัว⁽³¹⁾

KWOK Lai Kuen ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัวของวัยรุ่นฮ่องกงในระดับชั้นมัธยมศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับสัมพันธภาพในครอบครัว เห็นได้ชัดเจนในวัยรุ่นหญิงมากกว่าวัยรุ่นชาย⁽³²⁾

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยที่ศึกษาถึงการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง และสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนี้

Tsai et al⁽¹¹⁾ ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีและล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองร้อยละ 28 และมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 56

Fielding และ Brown bridge⁽¹²⁾ ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมในผู้ปกครองเด็กไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Diseases: ESRD) พบว่า ผู้ปกครองที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง

Siegel, Hayes, Vanderwerker, Loseth และ Prigerson⁽⁶⁵⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า สมาชิกในครอบครัว มีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้น 34% ในครอบครัวที่ผู้ป่วยเสียชีวิตในห้องไอซียู และบางส่วนมีความเครียดในระหว่างการตัดสินใจที่ให้ผู้ป่วยได้รับการฟอกไต

H. Ashkani, Gh. R. Dehbozorgi, A. Tahamtan⁽⁶⁶⁾ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองในเด็กป่วยเรื้อรังและเด็กที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ประชากรเป้าหมายเป็นกลุ่มผู้ปกครองเด็กที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 50 คน กับกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มผู้ปกครองเด็กที่มีโรคเฉียบพลันจำนวน 50 คนคัดเลือกโดยการสุ่ม ใช้แบบสอบถามวัดภาวะซึมเศร้า the Beck Depression Inventory

(BDI) ผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ปกครองเด็กที่มีโรคเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($P < 0.001$) และภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ปกครองเด็กที่มีโรคลูคีเมียสูงกว่ากลุ่มผู้ปกครองเด็กที่ไม่มีโรคลูคีเมีย ($P < 0.002$) ถ้าผู้ปกครองมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ประกอบกับมีการศึกษาน้อย ระดับภาวะซึมเศร้ายิ่งสูงขึ้น

Karen M. Gil, David A. Williams, Robert J. Thompson Jr. และ Thomas R. Kinney (1990)⁽⁶⁷⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างบิดามารดากับบุตรที่เป็นโรคเม็ดเลือดแดงรูปเคียว โดยบุตรเป็นเด็กโตและวัยรุ่น จำนวน 72 คน วัดความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงการจัดการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยของบุตร พบว่า บิดามารดามีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลสูงกว่าปกติ จนได้รับผลกระทบทางจิตใจและกระทบความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่าปกติด้วย

J Birtchnell⁽³⁵⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัวในผู้หญิงที่แต่งงานแล้วในลอนดอนอายุ 25-34 ปี พบว่า ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ขณะที่สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง

วรรณา เรื่องลาภอนันต์ , ไช่มุก วิเชียรเจริญ , รัชนีดีดา , ศศิธร วรรณพงษ์⁽³⁴⁾ ศึกษาผลกระทบและปัจจัยที่มีอิทธิพลของโรคหอบหืดต่อเด็กป่วยวัยเรียนและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเด็กป่วยโรคหอบหืดวัยเรียน (6-12 ปี) จำนวน 120 ราย และมารดาจำนวน 120 ราย พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด เป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายผลกระทบของโรคหอบหืดต่อเด็กป่วยวัยเรียนได้ร้อยละ 9.7 และสามารถทำนายผลกระทบของโรคหอบหืดต่อครอบครัวได้ร้อยละ 7.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปจากผลการศึกษา พบว่า เด็กป่วยโรคหอบหืดวัยเรียน ที่มีระดับความรุนแรงของโรคมัก ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อเด็กป่วยและครอบครัวมาก

พรเพ็ญ สำเภา⁽⁶³⁾ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท จำนวน 96 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว , แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาพบว่า และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย(Research Design)

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง(Cross-Sectional Descriptive Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population)

ผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population)

ผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ปกครองอายุ 18-65 ปี ที่พาเด็กมารับการรักษาที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. ใกล้ชิดกับเด็กและเป็นผู้ดูแลเด็กอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน
3. ผู้ปกครอง 1 คนต่อเด็กที่มารับการรักษา 1 คน(ไม่นับจำนวนผู้ปกครองซ้ำ)
4. สามารถสื่อสารได้
5. มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถสื่อสารตอบคำถามได้

กลุ่มตัวอย่าง(Sample)

ผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่เดือน

กรกฎาคม 2554 – กุมภาพันธ์ 2555

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

คำนวณโดยใช้สูตรของ Cochran (1997) ในการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{Z^2 \alpha_2 pq}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษา

Z_{α_2} = 1.96 (two tail) ที่ระดับความเชื่อมั่นในการสรุป

ข้อมูลที่ร้อยละ 95

p = ความชุกของภาวะซีมเศร้าของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ที่ผ่านมามีการศึกษาภาวะซีมเศร้าของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Diseases: ESRD) ที่ล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) เท่ากับร้อยละ 28 จึงประมาณได้ว่าผู้ปกครองมีภาวะซีมเศร้าอยู่ที่ 0.28 ซึ่งน่าจะใกล้เคียงที่สุด (อ้างอิงจาก Freidman AL)⁽¹¹⁾

q = 1- p มีค่าเท่ากับ 0.72

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้

เท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่า} \quad n = \frac{(1.96)^2 (0.28) (0.72)}{(0.05)^2} = \frac{3.8416 (0.2016)}{0.0025} = 309.78$$

ดังนั้น ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นเท่ากับ 310 คน

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย จากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ อายุ เพศ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ส่วนตัว รายได้ของครอบครัว การเปรียบเทียบรายรับกับรายจ่าย ความเครียดในด้านอื่นๆ ของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง สร้างโดยผู้วิจัย จากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่ ด้วย ความถี่ในการขาดเรียน (ต่อปี) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของโรคตามรับรู้ของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว สร้างโดยผู้วิจัย ได้แก่ ลักษณะครอบครัวของผู้ปกครองที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คฉบับที่1A(Beck Depression Inventory IA (BDI-IA)) พัฒนาโดยรองศาสตราจารย์มุกดา ศรียงค์ เป็นเครื่องมือฉบับเดิมทั้งหมด ไม่ได้มีการดัดแปลง ซึ่ง ค่าความตรงของเครื่องมือต้นฉบับ (Content Validity) เท่ากับ 0.84 ค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Reliability Cronbach's Coefficient Alpha) เท่ากับ 0.92 ค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ 84.6% ค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 86.4%

ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ ได้แก่ ความรู้สึกเศร้า รู้สึกท้อแท้ ความล้มเหลวในอดีต การสูญเสียความพึงพอใจ รู้สึกผิด รู้สึกถูกละทิ้ง การไม่ชอบตนเอง ต่ำหนี่ตนเอง ความคิดฆ่าตัวตาย การร้องไห้ ความกระวนกระวายใจ การสูญเสียความสนใจ การตัดสินใจ ความรู้สึกไร้ค่า การรู้สึกหมดพลัง การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอน ความรู้สึกหงุดหงิดง่าย การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความอยากอาหาร ความยากลำบากในการรวบรวมสมาธิ ความเหนื่อยล้า การสูญเสียความสนใจทางเพศ ระดับคะแนนจะมี 0, 1, 2, 3 เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย(คะแนน 0) ไปถึงอาการรุนแรง(คะแนน 3) แปลผลโดยรวมคะแนนในข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 คะแนน สามารถ แบ่งระดับภาวะซึมเศร้า ออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้⁽⁷²⁾

คะแนน 0 – 9	หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ
คะแนน 10 – 19	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย
คะแนน 20 – 29	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
คะแนน 30 – 63	หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนาโดย รองศาสตราจารย์ จิราพร ชมพิกุล มีความเที่ยงตรง(Validity)เชิงโครงสร้างและเนื้อหา ครอบคลุมชัดเจนและคำถามที่ใช้มีความถูกต้องและเหมาะสม ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิด้านครอบครัวคือ ศาสตราจารย์แพทย์หญิง ศิริกุล อิศรานุรักษ์ นำไปใช้ใน การวิจัยเชิงสำรวจสัมพันธภาพในครอบครัวของคนไทย ใน พื้นที่

ครอบคลุมทุกภาคทั่วประเทศ จำนวน 5 ภาค ภาคละ 1 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น พิษณุโลก ปราจีนบุรี กระบี่ และกรุงเทพมหานคร และทดสอบค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามกับ ตัวอย่างพื้นที่ในเขตและนอกเขตเทศบาลของจังหวัดนครปฐม จำนวน 53 ฉบับ เพื่อประเมินความ เข้าใจในแบบสอบถาม ค่าความเชื่อมั่น(Reliability) แบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการใช้เวลาใน การทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.70 การพูดคุย ปรึกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่างๆ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.65 การแสดงออกซึ่งความรักความเอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกายวาจาใจ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.62 และการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.68⁽⁷³⁾ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามนี้มาปรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน 8 ข้อ ด้าน การพูดคุยปรึกษาหารือและตัดสินใจในเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังและเรื่อง สำคัญต่างๆของครอบครัว 15 ข้อ ด้านการแสดงออกซึ่งความรัก ความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา ใจ 5 ข้อ ด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม 9 ข้อ และบทบาททางเพศ 5 ข้อ

สัมพันธภาพในครอบครัวมี 3 ระดับคือ

ไม่ได้ปฏิบัติ = 1 บางครั้ง = 2 และประจำ = 3

ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกันคือ ไม่ได้ปฏิบัติ = 3 บางครั้ง = 2

และ ประจำ = 1 นำคะแนนมารวมกันและแบ่งกลุ่มแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ สัมพันธภาพไม่ดี คะแนนต่ำกว่า P_{25} สัมพันธภาพปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง P_{25} - P_{75} และสัมพันธภาพดี คะแนนสูงกว่า P_{75}

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์
2. ผู้วิจัยเข้าพบกับหัวหน้าคลินิกโรคไต เพื่อแสดงความจำนง พร้อมกับชี้แจง รายละเอียดในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทุกวันพุธ เวลา 8.00-12.00 น. โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรัง ที่มี คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าศึกษา

4. ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัยประการใด ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง หรือหากมีปัญหาในการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง สามารถให้ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้ฟังและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถามด้วยตนเอง เมื่อตอบคำถามเสร็จแล้ว มีการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลและแบบสอบถามทุกฉบับ
5. นำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows Version 18 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ฐานนิยม ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัว ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัว
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว Chi-Square test และ T-test วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัวด้วย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง สัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว ใน คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยนำข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเจ็บป่วยของเด็ก แบบสอบถามลักษณะของครอบครัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck) และแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

ผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ตอน ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง และข้อมูลลักษณะของครอบครัว ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของเด็ก และข้อมูลลักษณะของครอบครัวของผู้ปกครองเด็ก ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(310 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	59	19.0
หญิง	251	81.0
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	50	16.1
31 - 40 ปี	157	50.6
41 - 50 ปี	74	23.9
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	29	9.4
(Mean = 38.45 ปี , S.D.= 8.72 ปี , Min = 19 ปี, Max = 65 ปี)		
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา	53	17.1
มารดา	229	73.9
ญาติฝ่ายบิดา/มารดา	25	8.0
บิดามารดาบุญธรรม	3	1.0
สถานภาพการสมรส		
อยู่ด้วยกัน	262	84.5
แยกกันอยู่	32	10.3
หย่าร้าง	9	2.9
คู่สมรสถึงแก่กรรม	7	2.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	1.6
ประถมศึกษา	68	21.9
มัธยมศึกษา	85	27.4
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	62	20.0
ปริญญาตรี	74	23.9
สูงกว่าปริญญาตรี	16	5.2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(310 คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	8.4
พนักงานบริษัทเอกชน	48	15.5
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	91	29.3
เกษตรกรรวม	25	8.0
รับจ้าง	34	11.0
แม่บ้าน	83	26.8
อื่นๆ เช่น นักศึกษา	3	1.0
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน(บาท)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	93	30.0
5,001 - 10,000 บาท	85	27.4
10,001 -15,000 บาท	77	24.8
มากกว่า 15,000 บาท	55	17.8
(Mode = ต่ำกว่า 5,000 บาท, Min = 0.00 บาท , Max = 250,000 บาท)		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	61	19.7
10,001 - 30,000 บาท	163	52.6
มากกว่า 30,000 บาท	86	27.7
(Mode = 10,001 - 30,000 บาท, Min = 4,000.00 บาท, Max = 1,000,000 บาท)		
การเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย		
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	113	36.5
เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	77	24.8
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	40	12.9
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	80	25.8

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(310 คน)	ร้อยละ
ภาวะความเครียด		
ด้านกิจวัตรประจำวัน		
มี	161	51.9
ไม่มี	149	48.1
ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม		
มี	97	31.3
ไม่มี	213	68.7
ด้านอื่นๆ(เช่น ฐานะการเงิน,ความสัมพันธ์ในครอบครัว)		
มี	98	31.6
ไม่มี	212	68.4

จากตารางที่ 1 แสดง จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ใน คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 310 คน พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 251 คน(ร้อยละ 81.0) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 50.6) โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 38.45 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี และอายุ 65 ปี ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดา 229 คน (ร้อยละ 73.9) มีสถานภาพการสมรสอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 84.5) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 27.4) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 23.9) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 29.4) รายได้ส่วนตัวเฉลี่ย 16,127.23 บาท ต่อเดือน รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 35,685.81 บาทต่อเดือน การเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย โดยมากมีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 36.5) และมีภาวะความเครียด ส่วนใหญ่มีภาวะความเครียดด้านกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 51.9)

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของเด็ก	จำนวน(310 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	202	65.2
หญิง	108	34.8
อายุของเด็ก		
0 - 4 ปี	111	35.8
5 - 9 ปี	82	26.5
10 - 14 ปี	78	25.2
15 - 19 ปี	39	12.5
(Mode = 0 - 4 ปี, Min = 5 เดือน , Max = 16 ปี)		
ระดับการศึกษาของเด็ก		
ไม่ได้รับการศึกษา	98	31.6
เตรียมอนุบาล/อนุบาล	41	13.2
ประถมศึกษา	117	37.7
มัธยมศึกษา	54	17.5
บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่		
อยู่กับบิดาและมารดา	152	49.0
อยู่กับบิดาหรือมารดา	18	5.8
อยู่กับญาติ	34	11.0
อื่นๆ (เช่น ครอบครัวใหญ่, มูลนิธิ)	106	34.2
ความถี่ในการขาดเรียนต่อปี		
ไม่ได้รับการศึกษา	98	31.6
น้อยกว่า 5 ครั้ง	42	13.5
5 - 10 ครั้ง	68	22.0
มากกว่า 10 ครั้ง	102	32.9
(Min = 0 ครั้ง , Max = มากกว่า 10 ครั้ง)		

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็กไตเรื้อรัง (ต่อ)

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็ก	จำนวน(310 คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี	83	26.7
มากกว่า 1 ปี - 3 ปี	65	21.0
มากกว่า 3 ปี - 6 ปี	61	19.7
มากกว่า 6 ปี - 9 ปี	49	15.8
มากกว่า 9 ปี	52	16.8
(Mode = น้อยกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี, Min = 3 เดือน , Max =15 ปี)		
จำนวนครั้งที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล		
0 - 3 ครั้ง	31	10.0
4 - 9 ครั้ง	47	15.2
10 ครั้งขึ้นไป	232	74.8
(Min = 2 ครั้ง , Max= 10 ครั้งขึ้นไป)		
ระดับความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ปกครอง		
ไม่มี	33	10.6
ระดับน้อย	103	33.3
ระดับปานกลาง	104	33.5
ระดับมาก	70	22.6

จากตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็กไตเรื้อรัง พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีเด็กโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 202 คน (ร้อยละ 65.2) มีอายุระหว่าง 0-4 ปี (ร้อยละ 35.8) โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 7.31 ปี อายุต่ำสุด 5 เดือน อายุสูงสุด 16 ปี ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.7) อาศัยอยู่กับบิดาและมารดาตามลำพัง (ร้อยละ 49.0) รองลงมาคืออยู่กับครอบครัวใหญ่ (ร้อยละ 34.2) ความถี่ในการขาดเรียนมากกว่า 10 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 32.9) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย น้อยกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี (ร้อยละ 26.7)

จำนวนครั้งที่เข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาล 10 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 74.8) ระดับความรุนแรงของโรค (ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง) อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.5) รองลงมาคือระดับน้อย (ร้อยละ 33.3)

ตอนที่ 1 ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัว

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะครอบครัว

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว	จำนวน(310 คน)	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	162	52.3
ครอบครัวขยาย	115	37.1
ครอบครัวลักษณะอื่นๆ	33	10.6

จากตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว(ร้อยละ 52.3) รองลงมาคือครอบครัวขยาย(ร้อยละ 37.1) ครอบครัวลักษณะอื่นๆ(ร้อยละ 10.6) ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาภาวะซีมเศร้ำของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลภาวะซีมเศร้ำ ผู้วิจัยจำแนกการพิจารณาออกเป็น 3 เงื่อนไข ได้แก่ การพิจารณาตามระดับ ตามรายข้อคำถาม และตามกลุ่มอาการ ผ่านตัวทดสอบทางสถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาวะซีมเศร้ำ

ระดับภาวะซีมเศร้ำ	จำนวน (310 คน)	ร้อยละ	Mean	SD
ไม่มีภาวะซีมเศร้ำ (0-9 คะแนน)	178	57.4	4.7	3.2
มีภาวะซีมเศร้ำ (10-63 คะแนน)	132	42.6	18.8	10.4
ระดับน้อย (10-15 คะแนน)	68	22.0	12.1	1.8
ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน)	23	7.4	16.9	0.9
ระดับมาก (20-29 คะแนน)	24	7.7	22.3	2.6
ระดับรุนแรง (30-63 คะแนน)	17	5.5	42.7	7.3

Mean = 10.70 คะแนน, SD = 10.05 คะแนน, Min = 0.0 คะแนน, Max = 55.0 คะแนน

จากตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซีมเศร้ำพบว่า คะแนนภาวะซีมเศร้ำของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาครั้งนี้เฉลี่ยอยู่ที่ 10.70 คะแนน จากคะแนนเต็ม 63 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.05)

เมื่อพิจารณาจากระดับของภาวะซีมเศร้ำ ส่วนใหญ่ผู้ปกครองไม่มีภาวะซีมเศร้ำ (ร้อยละ 57.4) มีภาวะซีมเศร้ำทุกระดับ (ร้อยละ 42.6) ประกอบด้วยมีภาวะซีมเศร้ำระดับน้อย (ร้อยละ 22.0) รองลงมาคือมีภาวะซีมเศร้ำระดับมาก (ร้อยละ 7.7) มีภาวะซีมเศร้ำระดับปานกลาง (ร้อยละ 7.4) และมีภาวะซีมเศร้ำระดับรุนแรง (ร้อยละ 5.5) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามรายข้อคำถาม

ข้อ คำถาม	อาการของภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
17	รู้สึกเหนื่อยในการทำสิ่งต่างๆ	214	69.0	1.36	1.08
5	รู้สึกผิด	169	54.5	0.68	0.76
16	นอนไม่หลับ ตื่นก่อนปกติและตื่นบ่อย	142	45.8	0.66	0.86
1	รู้สึกซึมเศร้า	138	44.5	0.52	0.63
6	รู้สึกว่าถูกกลองโทษ	126	40.6	0.59	0.86
20	วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ	125	40.3	0.61	0.85
11	โกรธง่ายกว่าและขี้รำคาญ	120	38.7	0.53	0.79
21	สนใจทางเพศน้อยกว่าและไม่มีเลย	113	36.5	0.65	1.01
14	รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม	109	35.2	0.61	0.88
8	ชอบตำหนิตนเอง	104	33.5	0.45	0.73
4	รู้สึกไม่พึงพอใจในและเบื่อต่อทุกสิ่งทุกอย่าง	102	33.0	0.38	0.59
15	ใช้ความพยายาม แรงผลักดันในการทำงาน	98	31.6	0.48	0.81
2	รู้สึกท้อแท้	97	31.3	0.36	0.57
7	รู้สึกผิดหวังในตนเอง	94	30.3	0.36	0.62
12	สนใจคนอื่นน้อยลงและเลิกสนใจคนอื่น	91	29.7	0.39	0.68
13	หลีกเลี่ยงและความลำบากในการตัดสินใจ	87	28.1	0.44	0.78
3	รู้สึกล้มเหลว	82	26.5	0.33	0.62
10	ร้องไห้ง่ายและมากกว่าที่เคย	75	24.2	0.43	0.88
19	น้ำหนักลดลงประมาณ 2-6 กิโลกรัม	72	23.2	0.40	0.82
18	เบื่ออาหาร	65	21.0	0.33	0.72
9	มีความคิดฆ่าตัวตาย และอยากฆ่าตัวตาย เมื่อมีโอกาส	26	8.4	0.12	0.43

จากตารางที่ 5 เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละ จำแนกตามรายข้อคำถาม พบว่า
กลุ่มตัวอย่างรู้สึกเหนื่อยในการทำสิ่งต่างๆมากที่สุด(ร้อยละ 69.0) รองลงมาคือรู้สึกผิด(ร้อยละ
54.5) รูปแบบการนอนที่ผิดปกติ(ร้อยละ 45.2) รู้สึกซึมเศร้า(ร้อยละ 44.5) รู้สึกว่าถูกกลองโทษ(ร้อยละ

ละ 40.6) วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 40.3) โกรธง่ายและขี้รำคาญ (ร้อยละ 38.7) ความสนใจทางเพศน้อยลง (ร้อยละ 36.5) รู้สึกว่าตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (ร้อยละ 35.2) ชอบตำหนิตนเอง(ร้อยละ 33.5) รู้สึกไม่พึงพอใจและเบื่อทุกสิ่งทุกอย่าง (ร้อยละ 33.0) ต้องใช้ความพยายามและแรงผลักดันในการทำงาน (ร้อยละ 31.6) รู้สึกท้อแท้ (ร้อยละ 31.3) รู้สึกผิดหวังในตนเอง (ร้อยละ 30.3) สนใจคนอื่นน้อยลงและเลิกสนใจคนอื่น (ร้อยละ 29.7) หลีกเลี้ยงและลำบากในการตัดสินใจ (ร้อยละ 28.1) รู้สึกล้มเหลว (ร้อยละ 26.5) ร้องไห้ง่ายและมากกว่าที่เคย (ร้อยละ 24.2) น้ำหนักลด (ร้อยละ 23.2) เบื่ออาหาร (ร้อยละ 21.0) และมีความคิดฆ่าตัวตายและอยากฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส (ร้อยละ 8.4) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อคำถาม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกเหนื่อยในการทำสิ่งต่างๆมากที่สุด อยู่ที่ 1.36 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08) รองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกผิด อยู่ที่ 0.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76) คะแนนเฉลี่ยของรูปแบบการนอนที่ผิดปกติ อยู่ที่ 0.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86) คะแนนเฉลี่ยของความสนใจทางเพศ อยู่ที่ 0.65 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01) คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทางกาย อยู่ที่ 0.61 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85) เท่ากับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกว่าตนเองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88) คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกว่าตนเองถูกล่วงโทษ อยู่ที่ 0.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86) คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกโกรธง่ายและขี้รำคาญ อยู่ที่ 0.53 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79) คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกขี้มึนเศร้า อยู่ที่ 0.52 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63) คะแนนเฉลี่ยของความพยายามและผลักดันในการทำงาน อยู่ที่ 0.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกตำหนิตนเอง อยู่ที่ 0.45 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73) คะแนนเฉลี่ยของการหลีกเลี้ยงและลำบากในการตัดสินใจ อยู่ที่ 0.44 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78) คะแนนเฉลี่ยของการร้องไห้ง่ายและมากกว่าที่เคย อยู่ที่ 0.43 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88) คะแนนเฉลี่ยของน้ำหนักลด อยู่ที่ 0.40 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82) คะแนนเฉลี่ยของความสนใจคนอื่นน้อยลงและเลิกสนใจคนอื่น อยู่ที่ 0.39 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68) คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่พอใจและเบื่อทุกสิ่งทุกอย่าง อยู่ที่ 0.38 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59) คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกท้อแท้ อยู่ที่ 0.36 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57) เท่ากับคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกผิดหวัง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62)คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกล้มเหลว อยู่ที่ 0.33 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62) เท่ากับคะแนนเฉลี่ยของการเบื่ออาหาร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.72) คะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายและอยากฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส อยู่ที่ 0.12 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามกลุ่มอาการ

กลุ่มอาการของภาวะซีมีเศร่า	จำนวน (310 คน)	ร้อยละ	Mean	SD
กลุ่มอาการทางอารมณ์ (คะแนนเต็ม 33 คะแนน)				
มี	244	78.7		
ไม่มี	66	21.3	3.94	4.30
Min = 0.0 คะแนน, Max = 24.0 คะแนน				
กลุ่มอาการทางความคิด (คะแนนเต็ม 12คะแนน)				
มี	195	62.9		
ไม่มี	115	37.1	1.90	2.24
Min = 0.0 คะแนน, Max = 10.0 คะแนน				
กลุ่มแสดงออกทางกายภาพ (คะแนนเต็ม 18 คะแนน)				
มี	247	79.7		
ไม่มี	63	20.3	3.89	3.63
Min = 0.0 คะแนน, Max = 18.0 คะแนน				

จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาจำนวน ร้อยละ จำแนกตามกลุ่มอาการของภาวะซีมีเศร่าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มแสดงออกทางกายภาพ มากที่สุด (ร้อยละ 79.7) รองลงมาคือกลุ่มอาการทางอารมณ์ (ร้อยละ 78.7) กลุ่มอาการทางความคิด (ร้อยละ 62.9) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามกลุ่มอาการของภาวะซีมีเศร่าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มอาการทางอารมณ์มากที่สุด โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.94 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.30) รองลงมาคือกลุ่มแสดงออกทางกายภาพ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.89 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.63) และกลุ่มอาการทางความคิดคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 1.90 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.24) ตามลำดับ

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามกลุ่มอาการทางอารมณ์

กลุ่มอาการทางอารมณ์	จำนวน (310 คน)	ร้อยละ	Mean	SD
ไม่รู้รู้สึกซึมเศร้า	172	55.5		
รู้สึกซึมเศร้า	117	37.7	0.52	0.63
รู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้	20	6.5		
รู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว	1	0.3		
ไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต	213	68.7		
รู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต	83	26.8		
รู้สึกว่าไม่มีอะไรจะต้องคิดหรือมุ่งหวังต่อไป	13	4.2	0.36	0.57
รู้สึกว่าไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะ ทำให้มันดีขึ้นได้	1	0.3		
ไม่รู้รู้สึกว่าทำอะไรแล้วล้มเหลว	228	73.5		
รู้สึกว่าทำอะไรแล้วล้มเหลวมากกว่าคนอื่น ๆ	65	21.0		
เมื่อมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือ ความ ล้มเหลวทั้งหมด	13	4.2	0.33	0.62
รู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรแล้วล้มเหลวมาโดยตลอด	4	1.3		
มีความพึงพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ	208	67.0		
รู้สึกไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างดังเช่นเคย	91	29.4	0.38	0.59
ไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป	7	2.3		
รู้สึกไม่พอใจและเบื่อต่อทุกอย่าง	4	1.3		
ไม่เคยรู้สึกผิด	141	45.5		
รู้สึกผิดบางครั้ง	142	45.8	0.68	0.76
รู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา	12	3.9		
รู้สึกผิดตลอดเวลา	15	4.8		

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอาการทางอารมณ์ (ต่อ)

กลุ่มอาการทางอารมณ์	จำนวน (310 คน)	ร้อยละ	Mean	S.D.
ไม่รู้สึกรู้ว่าถูกหลงโทษ	184	59.4		
รู้สึกว่าคุณอาจถูกหลงโทษ	89	28.7	0.59	0.86
คาดว่าถูกหลงโทษ	16	5.2		
รู้สึกว่าคุณกำลังถูกหลงโทษ	21	6.7		
ไม่รู้สึกรู้ผิดหวังในตนเอง	216	69.7		
รู้สึกผิดหวังในตนเอง	83	26.7	0.36	0.62
รู้สึกสะอิดสะเอียนในตนเอง	4	1.3		
เกลียดตัวเอง	7	2.3		
ไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย	284	91.6		
คิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง	17	5.5	0.12	0.43
อยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน	7	2.3		
จะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส	2	0.6		
ไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น	235	75.8		
ร้องไห้มากกว่าที่เคย	43	13.9		
ทุกวันนี้ร้องไห้เสมอ	7	2.3	0.43	0.88
เคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการ ร้องไห้เหลือเกิน	25	8.0		
ไม่รู้สึกรู้คนเฉียวโกรธง่าย	190	61.3		
เป็นคนคนเฉียวโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน	89	28.7	0.53	0.79
เป็นคนขี้รำคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา	17	5.5		
รู้สึกโกรธง่ายตลอดเวลา	14	4.5		

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอาการทางอารมณ์ (ต่อ)

กลุ่มอาการทางอารมณ์	จำนวน (310 คน)	ร้อยละ	Mean	S.D.
ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ	185	59.7		
ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก	75	24.2	0.61	0.85
ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น	37	11.9		
ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถ จะคิดถึงสิ่งอื่นได้	13	4.2		

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาจากจำนวนและร้อยละ จำแนกตามกลุ่มอาการทางอารมณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกผิด มากที่สุด (ร้อยละ 54.5) รองลงมาคือ รู้สึกซึมเศร้า (ร้อยละ 44.5) รู้สึกว่าถูกลองโทษ (ร้อยละ 40.6) รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 40.3) รู้สึกโกรธง่าย (ร้อยละ 38.7) รู้สึกไม่พอใจและเบื่อทุกสิ่งทุกอย่าง (ร้อยละ 33.0) รู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง (ร้อยละ 31.3) รู้สึกผิดหวัง สะอิดสะเอียนและเกลียดตนเอง (ร้อยละ 30.3) รู้สึกว่าทำอะไรล้มเหลว (ร้อยละ 26.5) ร้องไห้มากกว่าที่เคย ทุกวันนี้ร้องไห้เสมอ และเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องไห้เกิน (ร้อยละ 24.2) มีความคิดฆ่าตัวตาย อยากฆ่าตัวตาย และจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส (ร้อยละ 8.4) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามกลุ่มอาการทางอารมณ์พบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแตกต่างจากจำนวนและร้อยละ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกผิด มากที่สุดอยู่ที่ 0.68 จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.76) รองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย อยู่ที่ 0.61 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.85) คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกว่าถูกลองโทษ อยู่ที่ 0.59 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86) คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกโกรธง่าย อยู่ที่ 0.53 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.79) คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกซึมเศร้า อยู่ที่ 0.52 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63) คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่พอใจและเบื่อทุกสิ่งทุกอย่างอยู่ที่ 0.38 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.59) คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกผิดหวัง สะอิดสะเอียนและเกลียดตนเอง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62) และคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57) เท่ากันที่

0.36 คะแนนเฉลี่ยของการรู้สึกว่าจะทำอะไรล้มเหลว อยู่ที่ 0.33 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62) คะแนนเฉลี่ยของการร้องไห้มากกว่าที่เคย ทุกวันนี้ร้องไห้เสมอ และเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องเหลือเกินอยู่ที่ 0.43 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88) และคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย อยากฆ่าตัวตาย และจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาสอยู่ที่ 0.12 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43) ตามลำดับ

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอาการทางความคิด

กลุ่มอาการทางความคิด	จำนวน (310 คน)	ร้อยละ	Mean	SD
ไม่รู้สีกว่าฉันเลวกว่าคนอื่น	206	66.5		
ชอบวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด	76	24.5	0.45	0.73
ตำหนิตนเองตลอดเวลาสำหรับสิ่งที่ทำผิด	19	6.1		
ตำหนิตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น	9	2.9		
ยังให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ	219	70.6		
สนใจคนอื่นน้อยลงกว่าที่เคย	65	21.0	0.39	0.68
เลิกสนใจคนอื่นเป็นบางเวลา	21	6.8		
เลิกสนใจคนอื่นโดยสิ้นเชิง	5	1.6		
ตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ	223	71.9		
พยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย	45	14.5	0.44	0.78
มีความลำบากยิ่งในการตัดสินใจมากกว่าที่เคย	34	11.0		
ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้อีกเลย	8	2.6		
ไม่รู้สีกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน	201	64.8		
วิตกว่าฉันดูแก่และไม่น่าสนใจ	30	9.8		
รู้สึกว่ามีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอิริยาบถของฉันที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป	77	24.8	0.61	0.88
เชื่อว่าฉันเป็นคนที่น่าเกลียดมาก	2	0.6		

จากตารางที่ 8 เมื่อพิจารณาจากจำนวนและร้อยละ จำแนกตามกลุ่มอาการทางความคิดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกวิตกและรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในตนเอง มากที่สุด (ร้อยละ 35.2) รองลงมาคือชอบวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอ ความผิดพลาดและตำหนิตนเอง (ร้อยละ 33.5) การให้ความสนใจคนอื่นน้อยลงและเลิกสนใจคนอื่น (ร้อยละ 29.4) และการหลีกเลี่ยง ลำบากและไม่สามารถตัดสินใจมากกว่าที่เคย (ร้อยละ 28.1) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจาก คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามกลุ่มอาการทางความคิดพบว่า คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแตกต่างจากจำนวนและร้อยละ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยมีความรู้สึกวิตก และรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในตนเองมากที่สุด อยู่ที่ 0.61 จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88) รองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยของการชอบวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด การตำหนิตนเองอยู่ที่ 0.45 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73) คะแนนเฉลี่ยการหลีกเลี่ยง ลำบากและไม่สามารถตัดสินใจมากกว่าที่เคย อยู่ที่ 0.44 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78) และคะแนนเฉลี่ยการให้ความสนใจคนอื่นน้อยลงและเลิกสนใจคนอื่น อยู่ที่ 0.39 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามกลุ่มแสดงออกทางกายภาพ

กลุ่มแสดงออกทางกายภาพ	จำนวน (310 คน)	ร้อยละ	Mean	SD
ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย	212	68.4		
ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่ง บางอย่าง	58	18.7	0.48	0.81
ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร	28	9.0		
ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย	12	3.9		
ฉันนอนได้ตามปกติ	168	54.2		
ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย	95	30.6	0.66	0.86
ฉันตื่นก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง	30	9.7		
ฉันตื่นบ่อยกว่าที่เคยและไม่สามารถจะนอนหลับได้อีก	17	5.5		
ฉันไม่รู้สึกรู้หายเหนื่อยกว่าปกติ	96	31.0		
ฉันรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าแต่ก่อน	55	17.7	1.36	1.08
ฉันรู้สึกเหนื่อยจากการทำสิ่งต่าง ๆ	110	35.5		
ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้	49	15.8		
ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ	245	79.0		
ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย	35	11.3	0.33	0.72
ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง	22	7.1		
ฉันไม่อยากรับประทานอาหารใด ๆ เลย	8	2.6		
น้ำหนักของฉันไม่ลดลง	238	76.8		
น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม	38	12.2	0.40	0.82
น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม	17	5.5		
น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม	17	5.5		
ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ	197	63.5		
ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย	56	18.2	0.65	1.01
ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก	24	7.7		
ฉันไม่สนใจทางเพศอีกเลย	33	10.6		

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาจากจำนวนและร้อยละ จำแนกตามกลุ่มแสดงออกทางกายภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าแต่ก่อน เหนื่อยจากการทำสิ่งต่าง ๆ และเหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้ มากที่สุด (ร้อยละ 69.0) รองลงมาคือ นอนไม่หลับเหมือนเคย ตื่นก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และตื่นบ่อยกว่าที่เคยและไม่สามารถจะนอนหลับได้อีก (ร้อยละ 45.8) การไม่สนใจทางเพศ(ร้อยละ 36.5) การใช้ความพยายาม ต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานและไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย(ร้อยละ 31.6) น้ำหนักลดลงประมาณ 2-6 กิโลกรัม(ร้อยละ 23.2) และรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย รับประทานอาหารไม่ค่อยลง และไม่อยากรับประทานอาหารใดๆเลย (ร้อยละ 21.0) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจาก คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามกลุ่มแสดงออกทางกายภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าแต่ก่อน เหนื่อยจากการทำสิ่งต่างๆและเหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้ มากที่สุด อยู่ที่ 1.36 จากคะแนนเต็ม 3 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.08) รองลงมาคือคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนหลับอยู่ที่ 0.66 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86) คะแนนเฉลี่ยความสนใจทางเพศอยู่ที่ 0.65 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01) คะแนนเฉลี่ยของการใช้ความพยายาม ต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานและไม่สามารถทำงานอะไรได้เลยอยู่ที่ 0.48 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.81) คะแนนเฉลี่ยของการที่น้ำหนักลดลงประมาณ 2-6 กิโลกรัม อยู่ที่ 0.40 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82) และคะแนนเฉลี่ยการรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย รับประทานอาหารไม่ค่อยลงและไม่อยากรับประทานอาหารใดๆเลยอยู่ที่ 0.33(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรังในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัวผู้วิจัยจำแนกการพิจารณาออกเป็น 3 เงื่อนไข ได้แก่ การพิจารณาตามระดับ และตามด้าน ผ่านตัวทดสอบทางสถิติ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสัมพันธภาพในครอบครัว

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean	SD
สัมพันธภาพในครอบครัวดี (สูงกว่า P_{75})	287	92.6	86.5	6.8
สัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง (ระหว่าง P_{25} - P_{75})	23	7.4	70.7	4.2
สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (ต่ำกว่า P_{25})	-	-	-	-

Mean = 87.4 คะแนน, S.D. = 9.1 คะแนน, Min = 61.0 คะแนน, Max = 105.0 คะแนน

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรังจากการศึกษาครั้งนี้เฉลี่ยอยู่ที่ 87.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 111 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.1) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดี (ร้อยละ 92.6) รองลงมาคือระดับสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง (ร้อยละ 7.4) และไม่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า คะแนนเฉลี่ยของระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดี อยู่ที่ 86.5 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8) รองลงมาคือ คะแนนเฉลี่ยของระดับสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง อยู่ที่ 70.7 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.2) และไม่มีคะแนนเฉลี่ยของระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ตามลำดับ

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน

สัมพันธภาพในครอบครัว	Mean	SD	ระดับ
ด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน (คะแนนเต็ม 24 คะแนน)	16.7	3.8	ปานกลาง
ด้านการพูดคุย ปรีกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังและเรื่องสำคัญต่างๆ ของครอบครัว (คะแนนเต็ม 45 คะแนน)	31.4	7.6	ปานกลาง
ด้านการแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา ใจ ระหว่างสมาชิกในครอบครัวต่อเด็กโรคไตเรื้อรัง (คะแนนเต็ม 15 คะแนน)	12.9	2.1	ดี
ด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ในยามที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)	21.3	4.6	ดี

จากตาราง ที่ 11 เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้านของสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการพูดคุย ปรีกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังและเรื่องสำคัญต่างๆ ของครอบครัว มากที่สุด อยู่ที่ 31.6 จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.6) รองมาคือคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ในยามที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง อยู่ที่ 21.3 จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.6) คะแนนเฉลี่ยด้านการแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา ใจ ระหว่างสมาชิกในครอบครัวต่อเด็กโรคไตเรื้อรัง อยู่ที่ 12.9 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.1) และคะแนนเฉลี่ยด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน อยู่ที่ 16.7 จากคะแนนเต็ม 24 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.8) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจากระดับสัมพันธภาพในครอบครัว จำแนกตามรายด้านพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวระดับดี ได้แก่ ด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ในยามที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง และด้านการแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา ใจ ระหว่างสมาชิกในครอบครัวต่อเด็กโรคไตเรื้อรัง และสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน และ ด้านการพูดคุย ปรีกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง และเรื่องสำคัญต่างๆ ของครอบครัว ตามลำดับ

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว
ในด้านการใช้เวลาอยู่ร่วมกัน ทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน

การใช้เวลาในการทำ กิจกรรมร่วมกัน	ระดับการปฏิบัติ					
	ไม่ได้ปฏิบัติ		บางครั้ง		เป็นประจำ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1.1 เปิดโอกาสให้เด็กโรคไตเรื้อรัง มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของ ครอบครัว	10	3.2	72	23.3	228	73.5
1.2 รับประทานอาหาร ทำงาน บ้าน ทำความสะอาดบ้าน หรือ ทำกับข้าวร่วมกัน	13	4.2	75	24.2	222	71.6
1.3 ทำกิจกรรมนันทนาการ พักผ่อนหย่อนใจ ดูโทรทัศน์ หรือ ฟัง วิทยุร่วมกัน	13	4.2	96	31.0	201	64.8
1.4 ออกกำลังกาย และเล่นกีฬา ประเภทต่างๆ ร่วมกัน	102	32.9	139	44.8	69	22.3
1.5 พักผ่อนหย่อนใจนอกบ้าน ร่วมกัน เช่น เที่ยว ฟังเพลง ดูหนัง เที่ยวพิพิธภัณฑ์	61	19.7	164	52.9	85	27.4
1.6 เยี่ยมญาติมิตรและเพื่อนฝูงที่ อาศัยอยู่ที่อื่นๆ หรือต่างจังหวัด	35	11.3	205	66.1	70	22.6
1.7 ร่วมพิธีกรรมในวันสำคัญทาง ศาสนา และประเพณีต่างๆ หรืองาน บุญในโอกาสต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ เป็นต้น	68	21.9	199	64.2	43	13.9
1.8 กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่อ สาธารณะ เช่น เก็บขยะ ช่วยปลูก ต้นไม้ กวาดถนน หรือขุดลอกคู คลอง เป็นต้น	155	50.0	132	42.6	23	7.4

จากตารางที่ 12 เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการใช้เวลาอยู่ร่วมกันทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน ตามระดับการปฏิบัติพบว่า

การใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ เปิดโอกาสให้เด็กโรคไตเรื้อรังมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว (ร้อยละ 73.5) รองลงมาคือรับประทานอาหาร ทำงานบ้าน ทำความสะอาดบ้าน หรือทำกับข้าวร่วมกัน (ร้อยละ 71.6) ทำกิจกรรมนันทนาการ พักผ่อนหย่อนใจ ดูโทรทัศน์ หรือ ฟังวิทยุร่วมกัน (ร้อยละ 64.8) พักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านร่วมกัน เช่น เที่ยว ฟังเพลง ดูหนัง เที่ยวพิพิธภัณฑ์ (ร้อยละ 27.4) เยี่ยมญาติมิตรและเพื่อนฝูงที่อาศัยอยู่ที่อื่น ๆ หรือต่างจังหวัด (ร้อยละ 22.6) ออกกำลังกาย และเล่นกีฬาประเภทต่างๆ ร่วมกัน (ร้อยละ 22.3) ร่วมพิธีกรรมในวันสำคัญทางศาสนา และประเพณีต่างๆ หรืองานบุญในโอกาสต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ เป็นต้น (ร้อยละ 13.9) และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่อสาธารณะ เช่น เก็บขยะ ช่วยปลูกต้นไม้ กวาดถนน หรือขุดลอกคูคลอง เป็นต้น (ร้อยละ 7.4) ตามลำดับ

การใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง มากที่สุดคือ กิจกรรมการเยี่ยมญาติมิตรและเพื่อนฝูงที่อาศัยอยู่ที่อื่น ๆ หรือต่างจังหวัด (ร้อยละ 66.1) รองลงมาคือร่วมพิธีกรรมในวันสำคัญทางศาสนา และประเพณีต่างๆ หรืองานบุญในโอกาสต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ เป็นต้น (ร้อยละ 64.2) พักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านร่วมกัน เช่น เที่ยว ฟังเพลง ดูหนัง เที่ยวพิพิธภัณฑ์ (ร้อยละ 52.9) ออกกำลังกาย และเล่นกีฬาประเภทต่างๆ ร่วมกัน (ร้อยละ 44.8) กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่อสาธารณะ เช่น เก็บขยะ ช่วยปลูกต้นไม้ กวาดถนน หรือขุดลอกคูคลอง เป็นต้น (ร้อยละ 42.6) ทำกิจกรรมนันทนาการ พักผ่อนหย่อนใจดูโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุร่วมกัน (ร้อยละ 31.0) รับประทานอาหาร ทำงานบ้าน ทำความสะอาดบ้าน หรือทำกับข้าวร่วมกัน (ร้อยละ 24.2) และ เปิดโอกาสให้เด็กโรคไตเรื้อรังมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว (ร้อยละ 23.3) ตามลำดับ

การใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกันที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับไม่ได้ปฏิบัติเลย มากที่สุดคือ กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่อสาธารณะ เช่น เก็บขยะ ช่วยปลูกต้นไม้ กวาดถนน หรือขุดลอกคูคลอง เป็นต้น (ร้อยละ 50.0) รองลงมาคือออกกำลังกาย และเล่นกีฬาประเภทต่างๆ ร่วมกัน (ร้อยละ 32.9) ร่วมพิธีกรรมในวันสำคัญทางศาสนา และประเพณีต่างๆ หรืองานบุญในโอกาสต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ เป็นต้น (ร้อยละ 21.9) พักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านร่วมกัน เช่น เที่ยว ฟังเพลง ดูหนัง เที่ยวพิพิธภัณฑ์ (ร้อยละ 19.7) เยี่ยมญาติมิตรและเพื่อนฝูงที่อาศัยอยู่ที่อื่น ๆ หรือต่างจังหวัด (ร้อยละ 11.3) รับประทานอาหาร ทำงานบ้าน ทำความสะอาดบ้าน หรือทำกับข้าวร่วมกัน (ร้อยละ 4.2) เช่นเดียวกับการทำกิจกรรมนันทนาการ พักผ่อนหย่อนใจ ดูโทรทัศน์หรือฟัง

วิทยุร่วมกัน (ร้อยละ 4.2) และ เปิดโอกาสให้เด็กโรคไตเรื้อรังมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว(ร้อยละ 3.2)ตามลำดับ

ตารางที่ 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว ในด้านการพูดคุยปรึกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังและเรื่องสำคัญต่างๆ

ด้านการพูดคุยปรึกษาหารือ และตัดสินใจ	ระดับการปฏิบัติ					
	ไม่ได้ปฏิบัติ		บางครั้ง		เป็นประจำ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เรื่อง การเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัว						
2.1 พูดคุยกันด้วยความเข้าใจในการช่วยเหลือเด็กไตเรื้อรังที่บ้าน	5	1.6	127	41.0	178	57.4
2.2 ปรึกษาหารือร่วมกัน ในเรื่องการรักษาพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์	8	2.6	110	35.5	192	61.9
2.3 ร่วมกันตัดสินใจเรื่องการเรียนรู้ ตามศักยภาพของเด็ก	95	30.6	110	35.5	105	33.9
เรื่องสำคัญต่างๆ ของครอบครัว สมาชิกในครอบครัว						
2.4 ร่วมกันตัดสินใจเรื่องที่สำคัญของครอบครัว เช่น การกู้ยืมเงิน การเรียน การซื้อของสำคัญ เป็นต้น	25	8.1	152	49.0	133	42.9
2.5 จะพูดคุยกันเองในเรื่องสำคัญของครอบครัว	18	5.8	139	44.8	153	49.4
2.6 จะพูดคุยกันจนได้ทางออกที่พอใจเมื่อมีปัญหา	24	7.7	173	55.8	113	36.5
2.7 เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวจะประนีประนอม หรือตกลงกันได้	28	9.0	158	51.0	124	40.0
2.8 รู้สึกสนิทกับคนนอกบ้านมากกว่า	191	61.6	100	32.3	19	6.1
2.9 มักจะพูดคุยหรือปรึกษากับคนอื่นมากกว่าสมาชิกในครอบครัว	163	52.6	142	45.8	5	1.6
2.10 ต่างคนต่างทำตามความพอใจของตนเอง	132	42.6	157	50.6	21	6.8
2.11 ไม่สนใจซึ่งกันและกัน	213	68.7	93	30.0	4	1.3
2.12 เวลาคิดจะทำอะไรทั้งครอบครัว เป็นเรื่องที่ลำบากใจ	163	52.6	139	44.8	8	2.6

ด้านการพูดคุย ปรึกษาหารือ และตัดสินใจ	ระดับการปฏิบัติ					
	ไม่ได้ปฏิบัติ		บางครั้ง		เป็นประจำ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2.13 สมาชิกในครอบครัวไม่กล้าหรือ ลำบากใจที่จะพูดถึงสิ่งที่อยู่ในใจตนเอง	139	44.8	157	50.6	14	4.5
2.14 สมาชิกในครอบครัวมักแบ่งพวก มากกว่าจะร่วมกันทำกิจกรรมทั้ง ครอบครัว	234	75.5	69	22.3	7	2.3
2.15 เป็นเรื่องยากที่จะเปลี่ยนแปลง กฎระเบียบ/ข้อตกลงในบ้าน	167	53.9	116	37.4	27	8.7

จากตารางที่ 13 เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการพูดคุยปรึกษาหารือและตัดสินใจร่วมกันในเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังและเรื่องสำคัญต่างๆตามระดับการปฏิบัติพบว่า

การพูดคุยปรึกษาหารือและตัดสินใจร่วมกันที่กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ ปรึกษาหารือร่วมกันในเรื่องการรักษาพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์(ร้อยละ61.9) รองลงมาคือ พูดคุยกันด้วยความเข้าใจในการช่วยเหลือเด็กไตเรื้อรังที่บ้าน(ร้อยละ57.4) พูดคุยกันเองในเรื่องสำคัญของครอบครัว(ร้อยละ49.4) ร่วมกันตัดสินใจเรื่องที่สำคัญของครอบครัว เช่น การกู้ยืมเงิน การเรียน การซื้อของสำคัญ เป็นต้น(ร้อยละ42.9) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวจะประนีประนอม หรือตกลงกันได้(ร้อยละ40.0) จะพูดคุยกันจนได้ทางออกที่พอใจเมื่อมีปัญหา(ร้อยละ36.5) ร่วมกันตัดสินใจเรื่องเรียนตามศักยภาพของเด็ก(ร้อยละ33.9) เป็นเรื่องยากที่จะเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบ/ข้อตกลงในบ้าน(ร้อยละ8.7) ต่างคนต่างทำตามความพอใจของตนเอง(ร้อยละ6.8) รู้สึกสนิทกับคนนอกบ้านมากกว่า(ร้อยละ6.1) สมาชิกในครอบครัวไม่กล้าหรือลำบากใจที่จะพูดถึงสิ่งที่อยู่ในใจตนเอง(ร้อยละ4.5) เวลาคิดจะทำอะไรทั้งครอบครัวเป็นเรื่องที่ลำบากใจ(ร้อยละ2.6) ใน ครอบครัวมักแบ่งพวกมากกว่าจะร่วมกันทำกิจกรรมทั้งครอบครัว(ร้อยละ2.3) มักพูดคุยหรือปรึกษาปัญหากับคนอื่นมากกว่าในครอบครัว(ร้อยละ1.6) และไม่สนใจซึ่งกันและกัน(ร้อยละ1.3) ตามลำดับ

การพูดคุยปรึกษาหารือและตัดสินใจร่วมกันที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง มากที่สุดคือ จะพูดคุยกันจนได้ทางออกที่พอใจเมื่อมีปัญหา(ร้อยละ 55.8) รองลงมาคือ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นสมาชิกในครอบครัวจะประนีประนอมหรือตกลงกันได้(ร้อยละ51.0) ต่างคนต่างทำตามความพอใจของตนเอง(ร้อยละ50.6)สมาชิกในครอบครัวไม่กล้าหรือลำบากใจที่จะพูด

ถึงสิ่งที่อยู่ในใจตนเอง(ร้อยละ50.6) ร่วมกันตัดสินใจเรื่องที่สำคัญของครอบครัว เช่น การกู้ยืมเงิน การเรียน การซื้อของสำคัญเป็นต้น(ร้อยละ49.0) มักจะพูดคุยหรือปรึกษาปัญหากับคนอื่นมากกว่าสมาชิกในครอบครัว(ร้อยละ45.8) พุดคุยกันเองในเรื่องสำคัญของครอบครัว(ร้อยละ44.8) เวลาคิดจะทำอะไรทั้งครอบครัวเป็นเรื่องที่ลำบากใจ(ร้อยละ44.8) พุดคุยด้วยความเข้าใจในการช่วยเหลือเด็กโตเรื้อรังที่บ้าน(ร้อยละ41.0) เป็นเรื่องยากที่จะเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบข้อตกลงในบ้าน(ร้อยละ37.4) ปรึกษาหารือร่วมกันในเรื่องรักษาพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์(ร้อยละ35.5) ร่วมกันตัดสินใจในเรื่องเรียนตามศักยภาพของเด็ก(ร้อยละ35.5) รู้สึกสนิทกับคนนอกบ้านมากกว่า(ร้อยละ32.3) ไม่สนใจซึ่งกันและกัน(ร้อยละ30.0) สมาชิกในครอบครัวมักแบ่งพวกมากกว่าจะร่วมกันทำกิจกรรมทั้งครอบครัว(ร้อยละ22.3) ตามลำดับ

กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับไม่ได้ปฏิบัติเลย มากที่สุดคือสมาชิกในครอบครัวมักแบ่งพวกมากกว่าจะร่วมกันทำกิจกรรมทั้งครอบครัว(ร้อยละ75.5) รองลงมาคือ ไม่สนใจซึ่งกันและกัน (ร้อยละ68.7) รู้สึกสนิทกับคนนอกบ้านมากกว่า(ร้อยละ61.6) เป็นเรื่องยากที่จะเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบ/ข้อตกลงในบ้าน(ร้อยละ53.9) มักพูดคุยหรือปรึกษาปัญหากับคนอื่นมากกว่าสมาชิกในครอบครัว(ร้อยละ52.6) เวลาคิดจะทำอะไรทั้งครอบครัวเป็นเรื่องลำบากใจ(ร้อยละ52.6)สมาชิกในครอบครัวไม่กล้าหรือลำบากใจที่จะพูดถึงสิ่งที่อยู่ในใจตนเอง(ร้อยละ44.8) ต่างคนต่างทำตามความพอใจของตนเอง(ร้อยละ 42.6) ร่วมกันตัดสินใจเรื่องการเรียน ตามศักยภาพของเด็ก(ร้อยละ 30.6) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวจะประนีประนอม หรือตกลงกันได้(ร้อยละ 9.0) ร่วมกันตัดสินใจเรื่องที่สำคัญของครอบครัว เช่น การกู้ยืมเงิน การเรียน การซื้อของสำคัญ เป็นต้น(ร้อยละ8.1) พุดคุยกันจนได้ทางออกที่พอใจเมื่อมีปัญหา(ร้อยละ7.7) พุดคุยกันเองในเรื่องสำคัญของครอบครัว(ร้อยละ5.8) ปรึกษาหารือร่วมกันเรื่องการรักษาพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์(ร้อยละ2.6) และ พุดคุยกันด้วยความเข้าใจในการช่วยเหลือเด็กโตเรื้อรังที่บ้าน(ร้อยละ1.6) ตามลำดับ

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว
 ในด้านการแสดงออกซึ่งความรัก และความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา ใจ

การแสดงออกซึ่งความรัก และ ความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา ใจ	ระดับการปฏิบัติ					
	ไม่ได้ปฏิบัติ		บางครั้ง		เป็นประจำ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สมาชิกในครอบครัว แสดงความรักต่อ เด็กโรคไตเรื้อรัง						
3.1 ทางวาจา เช่น ชมเชย หยอกล้อ เล่นด้วย	2	0.6	49	15.8	259	83.5
3.2 ใช้การสัมผัสทางกาย เช่น ลูบ ศีรษะ โอบกอด หอมแก้ม สัมผัสอย่าง อ่อนโยน	2	0.6	65	21.0	243	78.4
3.3 ให้สิ่งของ เช่น ให้อาหาร ให้ ของขวัญ	17	5.5	181	58.4	112	36.1
3.4 สมาชิกในครอบครัว ให้ความ เคารพนับถือซึ่งกันและกัน	5	1.6	80	25.8	225	72.6
3.5 สมาชิกในครอบครัว ให้กำลังใจ ซึ่งกันและกัน ด้วยคำพูดหรือการกระทำ ที่ก่อให้เกิดกำลังใจ	7	2.3	88	28.3	215	69.4

จากตารางที่ 14 เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ
 สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกาย วาจา
 ใจ ตามระดับการปฏิบัติพบว่า

การแสดงออกที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดคือ ทางวาจา
 เช่น ชมเชย หยอกล้อ เล่นด้วย(ร้อยละ 83.5) รองลงมาคือ ใช้การสัมผัสทางกาย เช่น ลูบศีรษะ
 โอบกอด หอมแก้ม สัมผัสอย่างอ่อนโยน(ร้อยละ78.4) สมาชิกในครอบครัว ให้ความเคารพนับถือ
 ซึ่งกันและกัน(ร้อยละ72.6) สมาชิกในครอบครัว ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ด้วยคำพูดหรือการ
 กระทำที่ก่อให้เกิดกำลังใจ(ร้อยละ69.4) และการให้สิ่งของ เช่น ให้อาหาร ให้ของขวัญ(ร้อยละ
 36.1) ตามลำดับ

การแสดงออกที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง มากที่สุดคือ ให้สิ่งของ เช่น ให้งานวัด ให้ของขวัญ (ร้อยละ 58.4) สมาชิกในครอบครัว ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ด้วยคำพูดหรือการกระทำที่ก่อให้เกิดกำลังใจ(ร้อยละ28.3) สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน(ร้อยละ 25.8) ใช้การสัมผัสทางกาย เช่น ลูบศีรษะ โอบกอด หอมแก้ม สัมผัสอย่างอ่อนโยน(ร้อยละ21.0) และทางวาจาเช่น ชมเชย หยอกล้อ เล่นด้วย(ร้อยละ15.8) ตามลำดับ

การแสดงออกที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับไม่ได้ปฏิบัติเลย มากที่สุดคือ ให้สิ่งของ เช่น ให้งานวัด ให้ของขวัญ(ร้อยละ 5.5) สมาชิกในครอบครัว ให้กำลังใจซึ่งกันและกันด้วยคำพูดหรือการกระทำที่ก่อให้เกิดกำลังใจ(ร้อยละ2.3) สมาชิกในครอบครัว ให้ความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน(ร้อยละ 1.6) ทางวาจา เช่น ชมเชย หยอกล้อ เล่นด้วย เท่ากับการแสดงการสัมผัสทางกาย เช่น ลูบศีรษะ โอบกอด หอมแก้ม สัมผัสอย่างอ่อนโยน(ร้อยละ0.6) ตามลำดับ

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว
ในด้านการปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวในยามที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง

การปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสม ของสมาชิกในครอบครัวในยาม ที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง	ระดับการปฏิบัติ					
	ไม่ได้ปฏิบัติ		บางครั้ง		เป็นประจำ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4.1 สมาชิกในครอบครัวรับผิดชอบงาน ตามหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองเป็น อย่างดี	6	1.9	71	22.9	233	75.2
4.2 สมาชิกในครอบครัวร่วมกัน รับผิดชอบงานของครอบครัว เช่น ดูแลเด็ก ป่วยไตเรื้อรัง งานบ้าน	13	4.2	74	23.9	223	71.9
4.3 สมาชิกในครอบครัว อบรมสั่งสอน ปลูกฝัง และถ่ายทอดในสิ่งที่ดีงาม	18	5.8	137	44.2	155	50.0
4.4 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมใน การกำหนดกฎระเบียบหรือข้อตกลงภายใน บ้าน	45	14.5	143	46.1	122	39.4
4.5 กฎของบ้านเป็นที่ยอมรับของ สมาชิกในครอบครัว เช่น กินข้าวเย็นพร้อม กัน หรือจะไปไหนผิดเวลาต้องบอกให้ทราบ เป็นต้น	60	19.4	126	40.6	124	40.0
สมาชิกในครอบครัวของท่าน แก้ปัญหาหรือข้อขัดแย้งภายในครอบครัวด้วยวิธีการต่อไปนี้						
4.6 พุดคุยกันด้วยเหตุผล	18	5.8	142	45.8	150	48.4
4.7 รับฟังความคิดเห็นกัน	13	4.2	179	57.7	118	38.1
4.8 ทำร้ายร่างกาย ตบตี	270	87.1	35	11.3	5	1.6
4.9 ได้เถียง ประชด ต้าทอ	146	47.1	146	47.1	18	5.8

จากตารางที่ 15 เมื่อพิจารณาจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ
สัมพันธภาพในครอบครัวด้านการปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวในยามที่มีเด็ก
โรคไตเรื้อรัง ตามระดับการปฏิบัติพบว่า

การปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติเป็นประจำ มากที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัวรับผิดชอบงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองเป็นอย่างดี(ร้อยละ75.2) รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัวร่วมกันรับผิดชอบงานครอบครัว เช่น ดูแลเด็กป่วยไ้เรื้อรัง งานบ้าน(ร้อยละ 71.9) สมาชิกในครอบครัว อบรมสั่งสอน ปลูกฝังและถ่ายทอดในสิ่งที่ดีงาม(ร้อยละ50.0) แก้ปัญหาหรือข้อขัดแย้งภายในครอบครัวด้วยวิธี การพูดคุยกันด้วยเหตุผล(ร้อยละ48.4) กฎของบ้านเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว เช่น กินข้าวเย็นพร้อมกันหรือจะไปไหนผิดเวลาต้องบอกให้ทราบเป็นต้น(ร้อยละ40.0) สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดกฎระเบียบหรือข้อตกลงภายในบ้าน(ร้อยละ39.4) ตามมาด้วย แก้ปัญหาหรือข้อขัดแย้งภายในครอบครัวด้วยวิธีการรับฟังความคิดเห็นกัน(ร้อยละ38.1) ด้วยวิธีการโต้เถียงประชดค่าทอ(ร้อยละ5.8) และทำร้ายร่างกายตบตี(ร้อยละ1.6) ตามลำดับ

การปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติ เป็นบางครั้งมากที่สุดคือ แก้ปัญหาหรือข้อขัดแย้งภายในครอบครัวด้วยวิธีการรับฟังความคิดเห็นกัน(ร้อยละ57.7) รองลงมาคือโต้เถียงประชดค่าทอ (ร้อยละ47.1)สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดกฎระเบียบหรือข้อตกลงภายในบ้าน(ร้อยละ46.1) พูดคุยกันด้วยเหตุผล(ร้อยละ 45.8) สมาชิกในครอบครัว อบรมสั่งสอน ปลูกฝัง และถ่ายทอดในสิ่งที่ดีงาม(ร้อยละ 44.2) กฎของบ้านเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว เช่น กินข้าวเย็นพร้อมกัน หรือจะไปไหนผิดเวลาต้องบอกให้ทราบ เป็นต้น(ร้อยละ40.6) สมาชิกในครอบครัวร่วมกันรับผิดชอบงานของครอบครัว เช่น ดูแลเด็กป่วยไ้เรื้อรัง งานบ้าน เป็นต้น (ร้อยละ23.9) สมาชิกในครอบครัวรับผิดชอบงานตามหน้าที่ของตนเองเป็นอย่างดี(ร้อยละ22.9) ทำร้ายร่างกายตบตี(ร้อยละ11.3) ตามลำดับ

การปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับไม่ได้ปฏิบัติเลย มากที่สุดคือ แก้ปัญหาหรือข้อขัดแย้งภายในครอบครัวด้วยวิธีการทำร้ายร่างกายตบตี(ร้อยละ87.1) รองลงมาคือ โต้เถียง ประชด ค่าทอ(ร้อยละ 47.1) กฎของบ้านเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว เช่น กินข้าวเย็นพร้อมกัน หรือจะไปไหนผิดเวลาต้องบอกให้ทราบ เป็นต้น(ร้อยละ19.4) สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดกฎระเบียบข้อตกลงภายในบ้าน(ร้อยละ14.5) สมาชิกในครอบครัว อบรมสั่งสอน ปลูกฝัง และถ่ายทอดในสิ่งที่ดีงาม เท่ากับพูดคุยกันด้วยเหตุผล(ร้อยละ5.8) สมาชิกในครอบครัวร่วมกันรับผิดชอบงานครอบครัว เช่น ดูแลเด็กป่วยไ้เรื้อรัง งานบ้าน มีระดับการปฏิบัติ เท่ากับการแก้ปัญหาหรือข้อขัดแย้งภายในครอบครัวด้วยวิธีการรับฟังความคิดเห็นกัน(ร้อยละ4.2) และ สมาชิกในครอบครัวมีความรับผิดชอบงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองเป็นอย่างดี(ร้อยละ1.9) ตามลำดับ

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับบทบาททางเพศของสมาชิกในครอบครัว

บทบาททางเพศของสมาชิกในครอบครัว	บทบาท							
	ไม่มีเหตุการณ์นี้		เพศชาย		เพศหญิง		เท่าเทียมกัน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บทบาทในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว	-	-	148	47.7	42	13.5	120	38.8
บทบาทในการทำงานบ้านเลี้ยงลูก	2	0.6	16	5.2	238	76.8	54	17.4
บทบาทในการตัดสินใจเรื่อง การดูแลเด็กโรคไตเรื้อรัง	3	1.0	11	3.5	185	59.7	111	35.8
บทบาทในการตัดสินใจเรื่อง การศึกษาเล่าเรียน	73	23.5	39	12.6	52	16.8	146	47.1
บทบาทในการตัดสินใจเรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัย	-	-	22	7.1	206	66.5	82	26.5

จากตารางที่ 16 เมื่อพิจารณาบทบาททางเพศของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างพบว่า

เพศชาย มีบทบาทสำคัญในเรื่องการหารายได้เลี้ยงครอบครัวมากที่สุด(ร้อยละ 47.7) รองลงมาคือ บทบาทในการตัดสินใจเรื่องการศึกษาเล่าเรียน (ร้อยละ12.6) บทบาทในการตัดสินใจเรื่องดูแลสุขภาพอนามัย(ร้อยละ7.1) บทบาทในการทำงานบ้านเลี้ยงลูก(ร้อยละ 5.2) และบทบาทในการตัดสินใจเรื่อง การดูแลเด็กโรคไตเรื้อรัง(ร้อยละ3.5) ตามลำดับ

เพศหญิง มีบทบาทในการทำงานบ้านเลี้ยงลูกมากที่สุด(ร้อยละ 76.8) รองลงมาคือ บทบาทในการตัดสินใจเรื่องดูแลสุขภาพอนามัย(ร้อยละ66.5) บทบาทในการตัดสินใจเรื่อง การดูแลเด็กโรคไตเรื้อรัง(ร้อยละ59.7) บทบาทในการตัดสินใจเรื่องการศึกษาเล่าเรียน(ร้อยละ16.8) และมีบทบาทในด้านการหารายได้เลี้ยงครอบครัว(ร้อยละ 13.5)ตามลำดับ

บทบาทที่มีเท่าเทียมกันมากที่สุดคือบทบาทในการตัดสินใจเรื่องการศึกษาเล่าเรียน(ร้อยละ47.1) รองลงมาคือบทบาทในด้านการหารายได้เลี้ยงครอบครัวมากที่สุด(ร้อยละ38.8) บทบาทในการตัดสินใจเรื่อง การดูแลเด็กโรคไตเรื้อรัง(ร้อยละ35.8) บทบาทในการตัดสินใจเรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัย(ร้อยละ26.5) และมีบทบาทในการทำงานบ้านเลี้ยงลูก(ร้อยละ17.4)ตามลำดับ

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว

ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์	ภาวะซึมเศร้า	สัมพันธภาพในครอบครัว
ภาวะซึมเศร้า	1.000	-.821**
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.821**	1.000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

จากตารางที่ 17 พบว่า ภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันในเชิงลบ มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01($r=-.821$) กล่าวคือ ถ้าคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน($r=1.0$) คะแนนสัมพันธภาพจะลดลง 1 คะแนน

ตอนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า(N=178)		กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า(N=132)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	37	62.7	22	37.3	0.8	0.361
หญิง	141	56.2	110	43.8		
อายุ						
≤ 50 ปี	167	59.2	115	40.8	4.1	0.042*
51 ปีขึ้นไป	11	39.3	17	60.7		
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก						
เป็นบิดามารดา	162	57.4	120	42.6	0.0	0.975
ไม่เป็นบิดามารดา	16	57.1	12	42.9		
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา- มัธยมศึกษา	79	51.0	76	49.0	5.3	0.022*
อนุปริญญา - สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	99	63.9	56	36.1		
สถานภาพการสมรส						
อยู่ด้วยกัน	154	58.6	109	41.4	0.9	0.339
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	24	51.1	23	48.9		
อาชีพ						
ประกอบอาชีพ	128	57.4	95	42.6	0.0	0.991
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	50	57.5	37	42.5		
รายได้ส่วนตัว(ต่อเดือน)						
≤16,000 บาท	116	54.0	99	46.0	3.4	0.063
>16,001 บาทขึ้นไป	62	65.3	33	34.7		

ตารางที่ 18 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า(N=178)		กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า(N=132)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ครอบครัว(บาท/เดือน)						
≤35,000 บาท	123	53.9	105	46.1	4.3	0.039*
> 35,001 บาทขึ้นไป	55	67.1	27	32.9		
การเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย						
เพียงพอ	118	63.4	68	36.6	6.9	0.009*
ไม่เพียงพอ	60	48.4	64	51.6		
ความเครียดด้านอื่นๆ						
ไม่มีความเครียด	90	73.8	32	26.2	22.0	<0.001**
มีความเครียดระดับน้อยถึงมาก	88	46.8	100	53.2		

p<0.05*, p<0.01**

จากตารางที่ 18 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า

อายุ การศึกษา รายได้ครอบครัว(บาท /เดือน) และการเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความเครียดด้านอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโตเรื้อรังกับภาวะซีมีเศร่าของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square

ข้อมูลด้านความเจ็บป่วย	กลุ่มที่ไม่มีภาวะซีมีเศร่า(N=178)		กลุ่มที่มีภาวะซีมีเศร่า(N=132)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลำดับเด็ก						
ลูกคนเดียว	21	72.4	8	27.6	2.9	0.086
ลูกคนที่ 1-4	157	55.9	124	44.1		
เพศ						
ชาย	117	56.0	92	44.0	0.5	0.461
หญิง	61	60.4	40	39.6		
อายุของเด็ก						
≤ 7 ปี	103	61.68	64	38.32	2.6	0.101
7 ปีขึ้นไป	75	52.45	68	47.55		
การศึกษาเด็ก						
ไม่เรียน-อนุบาล	84	59.6	57	40.4	3.0	0.048*
ประถม-มัธยม	94	55.6	75	44.4		
บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่						
อยู่กับบิดามารดา	159	58.0	115	42.0	0.3	0.549
ไม่อยู่กับบิดามารดา	19	52.8	17	42.2		
ความถี่ในการขาดเรียน(ต่อปี)						
<10 ครั้ง	130	61.3	82	38.7	4.1	0.041*
>10 ครั้ง	48	49.0	50	51.0		
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย						
<1ปี	119	62.0	73	38.0	4.2	0.038*
>1ปี	59	50.0	59	50.0		
จำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาล						
< 6 ครั้ง	54	54.5	45	45.5	0.4	0.483
> 6ครั้ง	124	58.8	87	41.2		
ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้						
ไม่มี -น้อย	87	64.0	49	36.0	4.2	0.039*

ปานกลาง – มาก 91 52.3 83 47.7

$p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 19 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโต
เรื้อรังกับภาวะซีมีเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square พบว่า

การศึกษาเด็ก ความถี่ในการขาดเรียน (ต่อปี) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และการ
รับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนปัจจัยด้านการเจ็บป่วยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร้าของผู้ปกครอง
อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวกับภาวะ
ซีมีเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square

ข้อมูลด้านครอบครัว	กลุ่มที่ไม่มีภาวะ ซีมีเศร้า(N=178)		กลุ่มที่มีภาวะ ซีมีเศร้า(N=132)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลักษณะครอบครัว						
เดี่ยว	95	58.6	67	41.4	0.2	0.649
ขยายและอื่นๆ	83	56.1	65	43.9		

$p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 20 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว
กับภาวะซีมีเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square พบว่า

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมีเศร้าอย่างไม่มี
นัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square

ข้อมูลส่วนบุคคล	สัมพันธภาพดี (N=287)		สัมพันธภาพ ปานกลาง (N=23)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	51	86.4	8	13.6	3.9	0.046*
หญิง	236	94.0	15	6.0		
อายุ						
≤ 50 ปี	152	91.6	14	8.4	0.5	0.464
51 ปีขึ้นไป	135	93.8	9	6.2		
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก						
เป็นบิดามารดา	261	92.6	21	7.4	0.0	0.953
ไม่เป็นบิดามารดา	26	92.9	2	7.1		
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา- มัธยมศึกษา	148	95.5	7	4.5	3.8	0.051
อนุปริญญา-สูงกว่าปริญญา ตรีขึ้นไป	139	89.7	16	10.3		
สถานภาพการสมรส						
อยู่ด้วยกัน	243	92.4	20	7.6	0.0	0.769
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	44	93.6	3	6.4		
อาชีพ						
ประกอบอาชีพ	170	89.9	19	10.1	4.8	0.027*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	117	96.7	4	3.3		
รายได้ส่วนตัว(ต่อเดือน)						
≤16,000 บาท	204	94.9	11	5.1	5.4	0.020*
>16,001 บาทขึ้นไป	83	87.4	12	12.6		

ข้อมูลส่วนบุคคล	สัมพันธ์ภาพดี (N=67)		สัมพันธ์ภาพ ปานกลาง (N=167)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้ครอบครัว(บาท/เดือน)						
≤35,000 บาท	214	93.4	15	6.6	0.9	0.326
> 35,001 บาทขึ้นไป	73	90.1	8	9.9		
การเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย						
เพียงพอ	174	93.5	12	6.5	0.6	0.426
ไม่เพียงพอ	113	91.1	11	8.9		
ความเครียดด้านอื่นๆ						
ไม่มีความเครียด	155	97.5	4	2.5	11.4	0.001*
มีความเครียดระดับน้อยถึงมาก	132	87.4	19	12.6		

p<0.05*, p<0.01**

จากตารางที่ 21 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ รายได้ส่วนตัว และการเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square

ข้อมูลด้านความเจ็บป่วย	สัมพันธภาพดี (N=287)		สัมพันธภาพ ปานกลาง(N=23)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลำดับเด็ก						
ลูกคนเดียว-ลูกคนแรก	160	94.1	10	5.9	1.2	0.255
ลูกคนที่ 2-4	127	90.7	13	9.3		
เพศ						
ชาย	41	20.3	107	53.0	1.7	0.424
หญิง	26	24.1	60	55.55		
อายุของเด็ก						
≤ 7 ปี	159	95.2	8	4.8	3.6	0.056
7 ปีขึ้นไป	128	89.5	15	10.5		
การศึกษาเด็ก						
ไม่เรียน-อนุบาล	135	95.7	6	4.3	3.7	0.052
ประถม-มัธยม	152	89.9	17	10.1		
บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่						
อยู่กับบิดามารดา	257	93.8	17	6.2	5.0	0.024*
ไม่อยู่กับบิดามารดา	30	83.3	6	16.7		
ความถี่ในการขาดเรียน(ต่อปี)						
<10 ครั้ง	203	95.8	9	4.2	9.8	0.002*
>10 ครั้ง	84	85.7	14	14.3		
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย						
<3 ปี	76	96.2	3	3.8	4.0	0.045*
>3 ปี	211	91.3	20	8.7		
จำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาล						
< 6 ครั้ง	16	16.2	59	59.6	3.8	0.049*
> 6 ครั้ง	51	24.2	108	51.2		

ตารางที่ 22 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง กับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square(ต่อ)

ข้อมูลด้านความเจ็บป่วย	สัมพันธภาพดี (N=287)		สัมพันธภาพ ปานกลาง(N=23)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับความรุนแรง						
ไม่มี -น้อย	136	98.6	2	1.4	12.9	<0.001**
ปานกลาง -มาก	151	87.8	21	12.2		

P<0.05*, p<0.01**

จากตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง กับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square พบว่า

ลำดับเด็ก บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่ด้วย จำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาล และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

ส่วนปัจจัยด้านการเจ็บป่วยอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 23 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square

ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ ในครอบครัว	สัมพันธภาพดี (N=287)		สัมพันธภาพ ปานกลาง (N=23)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ลักษณะครอบครัว						
เดี่ยว	148	93.1	11	6.9	0.1	0.730
ขยายและอื่นๆ	139	92.1	12	7.9		

p<0.05*, p<0.01**

จากตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครอง โดยใช้ Chi-square พบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับ 0.01

ตารางที่ 24 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ t-test

ข้อมูลส่วนบุคคล	ภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน (310คน)	ค่าเฉลี่ย คะแนน	SD	t	p-value
เพศ					
ชาย	59	11.36	11.48	0.553	0.580
หญิง	251	10.55	9.71		
อายุ					
≤ 38 ปี	166	11.03	11.06	0.614	0.540
38 ปีขึ้นไป	144	10.33	8.77		
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก					
เป็นบิดามารดา	282	10.84	10.10	0.742	0.459
ไม่เป็นบิดามารดา	28	9.36	9.65		
การศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา- มัธยมศึกษา	155	9.97	8.16	-1.289	0.198
อนุปริญญา - สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	155	11.44	11.63		
สถานภาพการสมรส					
อยู่ด้วยกัน	263	10.51	10.19	-0.786	0.433
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	47	11.47	9.27		
อาชีพ					
ประกอบอาชีพ	189	11.22	11.06	-1.124	0.262
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	121	9.90	8.21		
การเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย					

เพียงพอ	186	9.76	9.88	2.025	0.044*
ไม่เพียงพอ	124	12.11	10.18		
ความเครียดด้านอื่นๆ					
ไม่มีความเครียด	159	7.50	5.87	-6.073	<0.001**
มีความเครียดระดับน้อยถึงมาก	151	14.07	12.23		

p<0.05*, p<0.01**

จากตารางที่ 24 พบว่า ผู้ปกครองที่มีรายรับรายจ่ายเพียงพอมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้ปกครองที่มีรายรับรายจ่ายไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

ผู้ปกครองที่ไม่มีความเครียดด้านอื่นๆมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้ปกครองที่มีความเครียดด้านอื่นๆในระดับน้อยถึงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01

ตารางที่ 25 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโตเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ t-test

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของเด็กโตเรื้อรัง	ภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน (310คน)	ค่าเฉลี่ย คะแนน	SD	t	p-value
ลำดับเด็ก					
ลูกคนเดียว- คนที่ 1	170	10.78	9.70	0.141	0.888
ลูกคนที่ 2 – 4	140	10.61	10.50		
เพศเด็ก					
ชาย	202	11.18	10.69	1.150	0.251
หญิง	108	9.18	8.71		
อายุของเด็ก					
≤ 7 ปี	167	9.22	8.67	-2.846	0.005*
7 ปีขึ้นไป	143	12.44	11.24		
การศึกษาเด็ก					
ไม่เรียน-อนุบาล	141	9.10	7.69	-2.588	0.010*
ประถม-มัธยม	169	12.04	11.52		
บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่					
อยู่กับบิดามารดา	274	10.58	9.75	-0.611	0.542
ไม่อยู่กับบิดามารดา	36	11.67	12.23		

ความถี่ในการขาดเรียน(ต่อปี)

<10 ครั้ง	212	9.29	8.46	-3.719	<0.001**
>10 ครั้ง	98	13.77	12.34		

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

< 3 ปี	143	9.95	8.58	-1.219	0.224
> 3 ปี	167	11.35	11.15		

จำนวนครั้งในการมาโรงพยาบาล

< 10 ครั้ง	76	11.99	12.18	1.282	0.201
> 10 ครั้ง	234	10.29	9.25		

ระดับความรุนแรงของโรคตามการ**รับรู้ของผู้ปกครอง**

ไม่มี -น้อย	138	8.09	6.58	-4.212	<0.001**
ปานกลาง -มาก	172	12.80	11.75		

p<0.05*, p<0.01**

จากตารางที่ 25 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านอาการเจ็บป่วยกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ t-test พบว่า

ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ปี มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีอายุ 7 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการศึกษาถึงระดับอนุบาล มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.05

ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีความถี่ในการขาดเรียนน้อยกว่า 10 ครั้ง มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีความถี่ในการขาดเรียนมากกว่า 10 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01

ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่จนถึงมีการรับรู้ความรุนแรงในระดับน้อย มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางและระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.01

ตารางที่ 26 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง โดยใช้ t-test

ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว	ภาวะซึมเศร้า				
	จำนวน (310คน)	ค่าเฉลี่ย คะแนน	SD	t	p-value
ลักษณะครอบครัว					
เดี่ยว	159	11.43	10.74	1.303	0.194
ขยายและอื่นๆ	151	9.94	9.25		

$p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 26 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยใช้สถิติ t-test พบว่า

ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างจาก ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 27 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครอง โดยใช้ t-test

ข้อมูลส่วนบุคคล	สัมพันธภาพในครอบครัว				
	จำนวน (310คน)	ค่าเฉลี่ย คะแนน	SD	t	p-value
เพศ					
ชาย	59	86.46	10.05	-0.880	0.380
หญิง	251	87.62	8.92		
อายุ					
≤ 50 ปี	282	87.64	9.14	1.481	0.140
50 ปีขึ้นไป	28	84.96	8.91		
ความเกี่ยวข้องกับเด็ก					
เป็นบิดามารดา	282	87.44	9.23	0.264	0.792
ไม่เป็นบิดามารดา	28	86.96	8.31		
การศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา- มัธยมศึกษา	155	87.19	8.36	-0.397	0.692
อนุปริญญา – สูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไป	155	87.61	9.87		
สถานภาพการสมรส					
อยู่ด้วยกัน	263	87.29	9.03	-0.523	0.602
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	47	88.04	9.80		
อาชีพ					
ประกอบอาชีพ	189	86.80	9.75	1.437	0.152
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	121	88.33	8.03		
การเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย					
เพียงพอ	186	87.86	8.96	-1.086	0.278
ไม่เพียงพอ	124	86.71	9.38		
ความเครียดด้านอื่นๆ					
ไม่มีความเครียด	159	88.48	8.13	2.143	0.033*
มีความเครียดระดับน้อยถึงมาก	151	86.26	9.99		

p<0.05*, p<0.01**

ตารางที่ 27 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการเจ็บป่วยกับสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้สถิติ t-test พบว่า

ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่รับรู้ว่าจะไม่มีความรุนแรงและมีความรุนแรงในระดับน้อย มีสัมพันธภาพในครอบครัวแตกต่างจาก ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางและระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 28 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังกับ
สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครอง โดยใช้ t-test

ข้อมูลด้านความเจ็บป่วย	สัมพันธภาพในครอบครัว				
	จำนวน (310คน)	ค่าเฉลี่ย คะแนน	SD	t	p-value
ลำดับเด็ก					
ลูกคนเดียว- คนที่ 1	170	88.13	8,76	1.552	0.122
ลูกคนที่ 2 – 4	140	86.51	9.52		
เพศเด็ก					
ชาย	202	86.86	9.21	-1.434	0.152
หญิง	108	88.42	8.95		
อายุของเด็ก					
≤ 7 ปี	167	88.36	8.20	2.007	0.046*
7 ปีขึ้นไป	143	86.28	10.03		
การศึกษาเด็ก					
ไม่เรียน-อนุบาล	141	87.96	8.06	0.981	0.327
ประถม-มัธยม	169	86.93	9.94		
บุคคลที่เด็กอาศัยอยู่					
อยู่กับบิดามารดา	274	87.57	8.93	0.900	0.369
ไม่อยู่กับบิดามารดา	36	86.11	10.62		
ความถี่ในการขาดเรียน(ต่อปี)					
<10 ครั้ง	212	87.93	8.28	1.516	0.131
>10 ครั้ง	98	86.24	10.71		
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย					
< 3 ปี	143	88.48	8.61	1.938	0.054
> 3 ปี	167	86.47	9.49		
จำนวนครั้งในการมา โรงพยาบาล					
< 10 ครั้ง	76	87.93	9.67	0.586	0.558
> 10 ครั้ง	234	87.23	8.97		
การรับรู้ความรุนแรงของโรค					

ไม่มี - น้อย	138	88.60	8.35	2.084	0.038*
ปานกลาง - มาก	172	86.44	9.64		

$p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$

ตารางที่ 28 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านภาวะเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังกับสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้สถิติ t-test พบว่า

ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรัง ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ปี มีสัมพันธภาพในครอบครัวแตกต่างจาก ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีอายุ 7 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีการรับรู้และรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับน้อย มี สัมพันธภาพในครอบครัวแตกต่างจาก ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลางและระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวกับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครอง โดยใช้ t-test

ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว	สัมพันธภาพในครอบครัว				
	จำนวน (310คน)	ค่าเฉลี่ยคะแนน	SD	t	p-value
ลักษณะครอบครัว					
เดี่ยว	159	86.69	9.01	-1.402	0.162
ขยายและอื่นๆ	151	88.15	9.23		

$p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$

จากตารางที่ 29 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวกับสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้สถิติ t-test พบว่า

ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่แตกต่างจาก ผู้ปกครองของเด็กโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 จำนวน 310 คน จากผู้ปกครองทุกรายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า โดยรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามด้านการเจ็บป่วยของเด็ก 3) แบบสอบถามลักษณะของครอบครัว 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck) และ 5) แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

สรุปผลการวิจัย

1. **ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์** จำนวน 310 คน พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรังจากการศึกษาครั้งนี้เฉลี่ยอยู่ที่ 10.70 คะแนน จากคะแนนเต็ม 63 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.05) เมื่อพิจารณาจากระดับของภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ผู้ปกครองไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 57.4) มีภาวะซึมเศร้าทุกระดับ (ร้อยละ 42.6) ประกอบด้วยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (ร้อยละ 22.0) รองลงมาคือมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (ร้อยละ 7.7) มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (ร้อยละ 7.4) และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ร้อยละ 5.5) ตามลำดับ
2. **สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์** จำนวน 310 คน พบว่า คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษานี้เฉลี่ยอยู่ที่ 87.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 111 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.1) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดี (ร้อยละ 92.6) รองลงมาคือระดับสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง (ร้อยละ 7.4) และไม่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ตามลำดับ
3. **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว** พบว่าภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันในเชิงลบ มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.821$) กล่าวคือ ถ้าคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 คะแนน ($r = 1.0$) คะแนนสัมพันธภาพจะลดลง 1 คะแนน

4. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของเด็ก ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 310 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 251 คน (ร้อยละ 81.0) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 50.6) โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 38.45 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี และอายุ 65 ปี ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดา 229 คน (ร้อยละ 73.9) มีสถานภาพการสมรสอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 84.5) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 27.4) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 23.9) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 29.4) รายได้ส่วนตัวเฉลี่ย 16,127.23 บาท ต่อเดือน รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 35,685.81 บาท ต่อเดือน การเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย โดยมากมีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 36.5) และมีภาวะความเครียด ส่วนใหญ่มีภาวะความเครียดด้านกิจวัตรประจำวัน (ร้อยละ 51.9)

ข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็กไตเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเด็กโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 202 คน (ร้อยละ 65.2) มีอายุระหว่าง 0-4 ปี (ร้อยละ 35.8) โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 7.31 ปี อายุต่ำสุด 5 เดือน อายุสูงสุด 16 ปี ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.7) อาศัยอยู่กับบิดาและมารดาตามลำพัง (ร้อยละ 49.0) รองลงมาคืออยู่กับครอบครัวใหญ่ (ร้อยละ 34.2) ความถี่ในการขาดเรียนมากกว่า 10 ครั้งต่อปี (ร้อยละ 32.9) ระยะเวลาในการเจ็บป่วย น้อยกว่า 6 เดือน ถึง 1 ปี (ร้อยละ 26.7) จำนวนครั้งที่เข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาล 10 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 74.8) ระดับความรุนแรงของโรค (ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง) อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.5) รองลงมาคือระดับน้อย (ร้อยละ 33.3)

ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 52.3) รองลงมาคือ ครอบครัวขยาย (ร้อยละ 37.1) ครอบครัวลักษณะอื่นๆ (ร้อยละ 10.6) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ พบประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผลวิจัยดังนี้

1. ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค พบว่าผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 42.6 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Tsai et al⁽¹¹⁾ ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ปกครองเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีและล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis: PD) พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง ร้อยละ 28 และมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 56 การศึกษาของ Alexandra G. และคณะ ศึกษาภาวะซึมเศร้าของบิดา⁽⁷⁴⁾ มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 10% ในช่วง

3-6 เดือนหลังบุตรเกิด ถ้าบุตรมีความผิดปกติเกิดขึ้น มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นถึง 25 % ส่วนมารดาจะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มเป็น 2 เท่า

เปรียบเทียบกับการศึกษาของ Vicky R. และคณะ⁽⁷⁵⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับเด็กโต เรื่องเกี่ยวกับการดูแลของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปพบว่า บิดามารดามีความรู้สึกผิดมากขึ้นร้อยละ 31 เมื่อตรวจพบว่าบุตรมีภาวะไตวายเรื้อรังที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม

Dina J. และคณะ⁽⁷⁶⁾ ศึกษาอาการซึมเศร้าและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลหญิงชาวแอฟริกาในผู้ป่วยที่ฟอกไต โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (The Beck Depression Inventory (BDI)) พบว่าร้อยละ 33.4 ของผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและระดับปานกลางร้อยละ 14.7 ระดับรุนแรงร้อยละ 4.0

การศึกษาของ Belasco A และคณะ⁽⁷⁷⁾ ศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ฟอกไตและการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 117 คน พบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32 และได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจมากที่สุด

Sara L. และคณะ⁽⁷⁸⁾ ทำการศึกษาผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 25 ของผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า มีร้อยละ 16.7 มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและระดับรุนแรง($p < 0.01$) ภาวะการดูแลสูงขึ้น (เช่น ครอบคลุมเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน)($p < 0.01$) ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ($p < 0.05$) และมีปัญหาสุขภาพ ($p < 0.01$) มากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในภาวะปกติ

การศึกษาของสมภพ เรืองตระกูล⁽⁵⁰⁾ ที่ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคทางกายเรื้อรัง ที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด ได้รับบวกรการทำงานประจำวัน หรือมีความพิการปรากฏอย่างชัดเจน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและผู้ดูแล

เมื่อพิจารณาจากการศึกษาของทวี ตั้งเสรี, 2548⁽⁵⁰⁾ ที่กล่าวว่าเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดความเสียใจและการทำร้ายตนเอง ได้แก่ ความผิดหวัง การไม่ได้รับความพอใจจากทุกสิ่งทุกอย่างที่ได้รับ การถูกตำหนิ อันเป็นภาวะวิกฤตในชีวิตที่อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าระดับมากและรุนแรง สอดคล้องกับแนวคิดของเบ็ค(Beck, 1967) ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ปัจจัยคือ เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาหรือมีความเครียดจากสถานการณ์วิกฤตในชีวิต ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ และบุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเอง ต่อโลก และต่ออนาคต ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย จากการศึกษาที่ผ่านมาได้แก่ เพศ พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย 2 เท่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าคนที่มียุมากกว่า 60 ปีมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่มียุต่ำกว่า รวมทั้งมีภาวะซึมเศร้าในระยะเวลายาวนาน และเป็นอย่างชนิดเรื้อรังมากกว่าด้วย ระดับทางสังคมและเศรษฐกิจกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในทางกลับกันคือคนที่มีความฐานะต่ำจะมีภาวะซึมเศร้า

สูง นอกจากนี้มีหลายรายงานขัดแย้งกันในเรื่องสถานภาพสมรสกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะคนที่แยกกันอยู่หรือหย่าร้าง ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (High risk) ได้แก่ ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมีเศรษฐกิจต่ำ งานที่ทำอยู่ในระดับต่ำ (Low Status Job) เป็นแม่บ้าน ต้องดูแลเด็กเล็ก การแต่งงานที่ไม่มีความสุข เป็นต้น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ จำนวนบุตร ระดับการติดต่อกันในสังคม (Degree of Social Interchange) และการรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ก็สามารถเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าน้อยลงเช่นกัน ภาวะซึมเศร้าไม่ได้เกิดจากภาวะของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงเพียงอย่างเดียว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมก็ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามามากหรือน้อยแตกต่างกันด้วย

2. ผลการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของเด็กโรคไตเรื้อรัง จากการใช้แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่า คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรังจากการศึกษาครั้งนี้เฉลี่ยอยู่ที่ 87.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 111 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.1) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดี (ร้อยละ 92.6) รองลงมาคือระดับสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง (ร้อยละ 7.4) และไม่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ได้เป็นไปได้ว่าการมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีเป็นปัจจัยด้านบวกที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ เพราะปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น เชื้อชาติ ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ค่านิยมและสื่อต่างๆ อาจทำให้ผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวแตกต่างกัน

จากการศึกษาของ Barbara A. และคณะ⁽⁷⁹⁾ พบว่าหากครอบครัวมีความเข้าใจในการดำเนินของโรคและพัฒนาการของเด็กมากกว่าที่จะมองว่าเป็นภัยคุกคามหรือการสูญเสีย ครอบครัวจะมีชีวิตอยู่ด้วยความหวังมากกว่าความกลัวหรือความซึมเศร้า

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Reynolds⁽⁸⁰⁾ ที่ศึกษาจาก 22 ครอบครัวที่มีเด็กล้างไตทางช่องท้อง (Hemodialysis: HD) และ 22 ครอบครัวที่มีเด็กโรคไตวายเรื้อรังพบว่า ในกลุ่มครอบครัวที่มีเด็กล้างไตผ่านช่องท้อง (Hemodialysis: HD) มีความขัดแย้งสูงแสดงให้เห็นว่าความรุนแรงของโรคมีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ถ้าเด็กมีความรุนแรงของโรคมาก ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอน นำมาซึ่งความขัดแย้งได้

จากการศึกษาของ Ivana Kreft⁽⁸¹⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคสำคัญทางด้านจิตสังคมของผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นโรคไตเรื้อรัง พบว่า เมื่อเกิดความยุ่งยากในการดูแลเด็กโรคไตเรื้อรัง บทบาทในครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงไป มารดาเป็นผู้พยาบาล บิดาเป็นผู้คอยช่วยเหลือ พี่น้องในครอบครัวต้องร่วมกันดูแลตามมาด้วย

การศึกษาของ Col M Kanitkar เกี่ยวกับ Chronic Kidney Disease in Children: An Indian Perspective พบว่าเด็กโรคไตวายเรื้อรัง ผลกระทบของโรค ส่งผลด้านจิตใจ อารมณ์ ในพี่น้อง สมาชิกในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อภาวะการเงินของครอบครัวด้วย

3.ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กันในทางลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Brownbridge, 1994 ที่ศึกษาจากบิดามารดาเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ระหว่างปลูกไตเทียม(Hemodialysis:HD) และการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis:CAPD)พบว่าการรักษาที่ด้อยคุณค่าและปราศจากเป้าหมายทำให้เด็กต้องใช้ระยะเวลาในการฟอกเลือดมากขึ้น ภาวะความรุนแรงของโรคจึงสูงขึ้น ประกอบกับระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวส่งผลกระทบต่อภาวะวิตกกังวล ภาวะซีมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัวอย่างมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fielding จาก United Kingdom ศึกษาแบบ Cross-sectional ที่ศึกษาจากผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่น 60 คน ที่อยู่ระหว่างปลูกไตเทียม (Hemodialysis:HD) และการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง(Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) พบว่าอัตราความวิตกกังวลสูงขึ้นเมื่อครอบครัวมีขนาดใหญ่ขึ้น จากการศึกษาของ Michael D. Aldridge ที่ศึกษาครอบครัวเด็กที่มีการฟอกไตพบว่า ระดับความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซีมเศร้าเพิ่มขึ้น ชีวิตครอบครัวและคู่สมรสเปราะบางแต่ไม่ถึงขั้นหย่าร้าง หรือแยกทางกัน Tsai et ผู้ปกครองของเด็ก เมื่อเทียบกับที่ได้รับการฟอกไตที่บ้านกับพ่อแม่ของเด็ก ที่มีสุขภาพดีพบว่าผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการฟอกไตที่บ้าน มีภาวะซีมเศร้าเพิ่มขึ้นและคุณภาพชีวิตต่ำ เมื่อเทียบกับผู้ปกครองของเด็กที่มีสุขภาพดี เนื่องจาก มีความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซีมเศร้า การปรับตัวที่เพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มที่จะปรับตัวยากลำบากขึ้นเมื่อเด็กมีภาวะไตวาย

เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.0 ซึ่งในสังคมไทยมักปลูกฝังมาตั้งแต่วัยเด็กให้เพศหญิงมีลักษณะเป็นช่างทำหลัง โอนอ่อนผ่อนตาม ไม่ขัดคอคนอื่น ไม่ดูวาม ใจเย็น สามารถพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น สามารถยอมรับ แก้ไขปัญหาและพอใจในสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ อาชีพ จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า อาชีพนักศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซีมเศร้าของผู้ปกครองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพนักศึกษามีโอกาสเกิดภาวะซีมเศร้าได้มากกว่าผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพอื่นๆเนื่องจากผู้ปกครองที่ยังเป็นนักศึกษานั้นยังไม่มีรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jane และคณะ ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้า กับระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของเด็กโรคไตเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซีมเศร้าได้มากกว่าผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพ เนื่องจากมีสมาชิกเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายต่างๆใน

ครอบครัวก็ต้องเพิ่มขึ้น ผู้ปกครองที่เป็นนักศึกษาซึ่งยังไม่มีรายได้จึงอาจมีความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่างๆในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งส่งผลต่อสภาพจิตใจ ทำให้ผู้ปกครองมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ

อายุ ในการศึกษาคั้งนี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุระหว่าง 31-40 ปีช่วงอายุดังกล่าวจัดเป็นวัยที่ต้องพบกับกาเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลงอาชีพ ตำแหน่งและการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Stordal E.et.al ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะซึมเศร้าพบว่า ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบในคนที่มีอายุน้อย จากการวิจัยครั้งนี้นักกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จากการศึกษาของทศนีย์ จินางกูร กล่าวว่าที่ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร พบว่าอายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ บุคคลที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมตอบสนองเพื่อเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน แตกต่างจากการศึกษาของ Tishelman ที่ศึกษาแล้วพบว่าอายุและเพศไม่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการศึกษาของนิตยา คงชุม ที่พบว่าปัจจัยด้านอายุ ระยะของการดำเนินโรคของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่ามีอายุต่างกัน จะมีความรุนแรงของโรคในระยะใดก็ตามก็ไม่มี ความแตกต่างเรื่องการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตและสุขภาพทางจิตที่ดี

ระดับการศึกษา การศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ซึ่งเบ็ค กล่าวว่าระดับการศึกษาเป็นตัวบ่งชี้สถานะทางสังคม และมีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่มีการศึกษาต่ำ มักมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง และพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะสามารถประยุกต์ความรู้ที่มีอยู่มาใช้ได้ สามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากขึ้น และยังสามารถแสวงหาข้อมูลตลอดจนรู้จักใช้ แหล่งประโยชน์ต่างๆได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลที่ได้รับมาแก้ไขปัญหาในชีวิต อาจเกิดความยุ่งยาก เกิดความรู้สึกกดดันและเกิดความเครียดได้

อาชีพ การศึกษาคั้งนี้พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย รองลงมาคือแม่บ้าน ซึ่งอาชีพนี้มักไม่มีรายได้ อาชีพ เป็นสิ่งที่พื้นฐานของบุคคลนำมาสู่ความต้องการการดูแลตนเองและครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์ที่ทำให้ได้มาซึ่งอาหาร งาน เงิน เนื่องจากภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่แสดงถึงความเป็ยเบนทางด้านอารมณ์ ด้านความคิดและการรับรู้ ด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง

สิ่งแวดล้อมและอนาคต ครอบคลุมความเป็นตัวบุคคลทุกอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่พบ มีอาชีพงานประจำที่มีสวัสดิการที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ที่ทำให้เด็กโรคไตเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลหลักรวมไปถึงสัมพันธภาพในครอบครัวดีตามไปด้วย เนื่องจากการรักษาโรคไตเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาการรักษาเป็นเวลานาน แต่ครั้งสูญเสียด่างค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีงานและมีรายได้ประจำในแต่ละเดือน และมีสวัสดิการรองรับในส่วนของการรักษาพยาบาล จึงมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.70 ดังนั้นอาจพอจะสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพประจำ รายได้สม่ำเสมอ และมีสวัสดิการรองรับ จะสามารถเรียนรู้ รับรู้ถึงวิธีการการจัดการกับอาการของโรคตามการรับรู้และประเมินผลลัพธ์จากการสังเกตอาการที่ผิดปกติ และพร้อมที่รับการรักษาตลอดเวลา จากเหตุผลนี้เองที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ส่งผลให้สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี

ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของยุพิน ศิริโพธิ์ราม พบว่า ผู้ปกครองที่มีอาชีพรับราชการ มีความรู้ลึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปทางลบ ผิดหวัง ต่ำหนิและลงโทษ ลดความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ปกครองที่มีอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างและแม่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.05 และ 0.05 ตามลำดับ ทั้งนี้จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีความสำคัญต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลคือสถานภาพทางเศรษฐกิจ การมีรายได้น้อย ขาดที่อยู่ที่ปลอดภัย ทำให้เกิดความเครียดและมีภาวะซึมเศร้าตามมา

ในส่วนของภาวะซึมเศร้าพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Corod-Artal FL และคณะ ที่พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าคือการทำงานนอกบ้าน นอกจากนี้ยังพบอีกว่าการไม่มีความสามารถกลับไปทำงานได้อีกเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ดังนั้นจึงไม่น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

สถานภาพการสมรส ในการศึกษาพบว่าสถานภาพการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของกนกรัตน์ สุขะตั้งคะ ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ว่าจะมีอายุ เพศ สถานภาพการสมรส การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจใด ก็จะมีควมวิตกกังวลและซึมเศร้าไม่ต่างกัน ในกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าน้อย อาจจะเป็นเนื่องจากสภาวะที่ผู้ที่ยกกันอยู่ หย่าร้างหรือคู่สมรสถึงแก่กรรมนั้น สะท้อนในตนเองว่าสภาวะทางครอบครัวก่อนแยกจากกันหรือหย่าร้างนั้นมีปัญหา จนไม่อาจดำรงสถานภาพการสมรสไว้ได้ ชีวิตในช่วงดังกล่าวก็มีความเครียดอยู่ในระดับหนึ่งแล้ว เมื่อบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในช่วงแรก อาจเกิดความเครียดขึ้นมาอีกเป็นทวีคูณเมื่อนานเข้า จึงก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผลการศึกษาสอดคล้อง

กับการศึกษาของดวงใจ กสานติกุล พบว่าภาวะซึมเศร้ามักพบกับผู้ที่หย่าร้าง แยกกันอยู่ ความชุกของภาวะซึมเศร้าในคนกลุ่มนี้สูงกว่าคนที่คู่สมรสอยู่ด้วยกันถึง 2.5 เท่าเช่นเดียวกับการศึกษาของ IL feld และคณะ ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับสถานภาพพบว่า ภาวะซึมเศร้าพบมากที่สุดในผู้ที่หย่าร้างถึงร้อยละ 27.0 และผู้ที่คู่สมรสถึงแก่กรรมร้อยละ 21.0

รายได้ ในการศึกษาคั้งนี้รายได้ส่วนตัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว แตกต่างจากการศึกษาของกนกพร เทียนคำศรี ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองของความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเป็นอย่างดี ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้บรรลุถึงการดูแลตนเองและครอบครัวได้ตามความต้องการ ทั้งนี้รายได้ยังเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุด ที่กำหนดให้บุคคลมีภาวะซึมเศร้าและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่แตกต่างกัน

ในด้านของภาวะซึมเศร้าพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาไม่มีการศึกษาระหว่างรายได้กับการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยตรง มีแต่เพียงการศึกษาของ T.Pohjasvaa และคณะ พบว่าการมี Dependent living จะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ Poor outcome ในสังคมที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายเมื่อเด็กร้อน เช่น เรื่องเงินทอง หรือจากการที่บุตรเข้ามารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ต้องใช้ค่าใช้จ่ายอย่างมากในแต่ละครั้งและยังมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ปัจจุบันรัฐบาลได้มีการช่วยเหลือในส่วนของค่าใช้จ่ายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นส่วนของประกันสังคม เป็นต้น เหตุผลดังกล่าวอาจลดภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองที่ต้องพยายามหาเงินใช้ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่บางครอบครัวค่ารักษาพยาบาล ไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า แต่อาจมีค่าใช้จ่ายจำเป็นอื่นๆในครอบครัว ที่ต้องรับผิดชอบร่วมด้วย

การเปรียบเทียบรายรับรายจ่าย ในการศึกษาคั้งนี้ การเปรียบเทียบรายรับรายจ่ายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของจักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ ที่พบว่ารายได้ ความสามารถในการดูแลบุตร และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรของภาวะซึมเศร้าและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวได้

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหนี้สินและรายได้ไม่เพียงพอจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า (ร้อยละ) แสดงให้เห็นว่าภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวเป็นตัวแปรสำคัญและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ครอบครัวดำเนินไปอย่างราบรื่น ถ้ามีสาเหตุใดมาขัดขวางจนทำให้ภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวตกต่ำลง การดำเนินชีวิตในครอบครัวย่อมมีอุปสรรค การเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง มีผลกระทบต่อฐานะการเงินและเศรษฐกิจของครอบครัว

อย่างมาก เวลาที่เนิ่นนานไม่สิ้นสุดทั้งการดำเนินโรคและค่าใช้จ่าย ผู้ปกครองในฐานะที่เป็นผู้ดูแลหลักต้องแบกรับภาระไปตลอดชีวิต

ความเครียดในด้านอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีอิทธิพลมาก เพราะเครียดมาก เป็นเวลานานก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ไม่ว่าจะเครียดเรื่องอะไรก็ตาม

ลักษณะครอบครัว ในการศึกษาคั้งนี้พบว่าลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติและมีสัมพันธภาพอันดีในครอบครัวเพราะลักษณะครอบครัวมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุตรที่เจ็บป่วย ครอบครัวจึงเป็นปัจจัยด้านบวกหรือด้านลบต่อการจัดการภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพ ขึ้นกับแต่ละสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญ

ในการศึกษาคั้งนี้พบว่าลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัวแต่อย่างใด

โรคไตเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของสมภาพ เรื่องตระกูล ที่ศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคทางกายเรื้อรัง ที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด ได้รับกวนการทำกิจวัตรประจำวัน หรือมีความพิการปรากฏอย่างชัดเจน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและผู้ดูแล

ระยะเวลาการเจ็บป่วย ในการศึกษาคั้งนี้พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับคำกล่าวของ Bell ที่ว่า เมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลหลักจะค่อยๆเรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและแก้ไขปัญหาได้มากขึ้นตามลำดับ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษาที่ต่างจากคนปกติ ซึ่งแล้วแต่ว่าช่วงเวลาใดที่ได้รับสิ่งไว้ เช่น การได้รับการวินิจฉัย การได้รับการผ่าตัด การได้รับยา นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความถี่ในการเข้ามารับการรักษาด้วย

ระดับความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ปกครองมีผลทำให้ผู้ปกครองมีความต้องการสิ่งจำเป็นสำคัญดังการศึกษาในผู้ปกครองชาวทะเลีเยียงมีความต้องการลำดับแรกในแต่ละด้านดังนี้ 1. ความต้องการภายในบุคคลด้านร่างกาย ต้องการให้ห้องของเด็กป่วยไม่มีกลิ่นเหม็นรวมทั้งไม่มียุงและแมลง(ร้อยละ 89.3) ด้านจิตใจ เมื่อบุตรมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องการให้แพทย์หรือพยาบาลมาตรวจดูอาการทุกครั้ง(ร้อยละ94.7) ด้านพัฒนาการ ต้องการให้แพทย์และพยาบาลจัดให้มีสิ่งปดี่ร่างกายบุตรขณะตรวจรักษาอย่างเหมาะสมมีการสัมผัสจับต้องอย่างนุ่มนวล และพูดคุยด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน(ร้อยละ92.0) ด้านสังคมวัฒนธรรม ต้องการให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลดูแลบุตรเช่นเดียวกับเด็กป่วยคนอื่นๆ(ร้อยละ88.0)ด้านจิตวิญญาณต้องการได้รับแจ้งข่าวและคำยืนยันจากแพทย์ว่าบุตรหายจากโรคและสามารถกลับบ้านได้เร็วขึ้น(ร้อยละ94.7)

2. ความต้องการระหว่างบุคคล ต้องการให้แพทย์และพยาบาลพูดคุยกัยถามอย่างเป็นกันเองด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล ซ้ำๆ แต่ชัดเจน (ร้อยละ 93.3)

3. ความต้องการภายนอกบุคคล ต้องการห้องน้ำที่สะอาดปราศจากกลิ่นเหม็นรบกวนภายในหอผู้ป่วย(ร้อยละ92.0) การวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปกครองชาวกระเหรี่ยงของเด็กป่วยเรื้อรังด้วยการมองบุคคลแบบองค์รวม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถปรับตัวอยู่ในภาวะสมดุลและสามารถให้การดูแลบุตรได้

นับวันปัญหาโรคไตทั้งชนิดป้องกันรักษาได้และชนิดที่รักษาไม่ได้มีมากขึ้นเป็นทวีคูณ ซึ่งผู้ปกครองอาจนึกไม่ถึงว่าเกี่ยวข้องกับโรคไตในเด็ก ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ซึ่งมีผลทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังได้ เป็นการสูญเสียอย่างใหญ่หลวงทั้งตัวเด็กเองคือมีการเจริญเติบโต พัฒนาการช้า เสียโอกาสทางการศึกษา อีกทั้งมีผลต่อกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และต่อประเทศชาติในระยะยาวด้วย

จากงานวิจัยที่สนับสนุนผลการศึกษาดังกล่าวดังนี้ ถ้านับจากระยะเวลาที่มีการศึกษาเรื่องนี้พบว่า การที่มีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทางกายไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยผู้ใหญ่ ล้วนมีผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักทั้งสิ้น โดยเฉพาะผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ภัยเงียบอย่างหนึ่งคือภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น อันส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวทั้งทางดีและไม่ดี สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 กำหนดวิสัยทัศน์ประเทศไทยว่า มุ่งสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน (Green and Happiness Society) ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดังนั้นเรื่องสำคัญที่ควรลงมือทำอย่างจริงจังคือการพัฒนาความสัมพันธ์ในครอบครัวอย่างแท้จริง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ทำการศึกษาในผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เท่านั้น ไม่ได้รวมถึงผู้ปกครองอื่นที่อยู่นอกเหนือการเข้ารับบริการที่คลินิกอื่นๆ
2. ข้อมูลด้านสังคมประชากรของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรังที่เข้าร่วมการศึกษานี้ ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนั้นผู้ที่นำข้อมูลไปอ้างอิงต้องพิจารณาลักษณะสังคมประชากรของผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วย
3. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ที่สามารถบอกความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัว แต่ไม่สามารถบอกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ

ซีมีเศร่าและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองได้ รวมถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซีมีเศร่าและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรังได้ชัดเจน

การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. เพื่อให้เกิดความตระหนักในภาวะซีมีเศร่าและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง และทราบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมีเศร่าและสัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันภาวะซีมีเศร่าและส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว
2. เพื่อใช้ในการวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการสร้างค่านิยมให้ตระหนักถึงความสำคัญและส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง โดยบุคลากรที่มีความรู้และส่งเสริมค่านิยมเหล่านี้ในสังคม
3. เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตและการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาเชิงพรรณนา(Descriptive Study) เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว จะได้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการศึกษาต่อไป
2. การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) โดยการศึกษาในเชิงลึกถึงภาวะซีมีเศร่า สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งน่าจะศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นภาวะสุขภาพจิต เพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติมต่อจากการศึกษาครั้งนี้
3. การศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytic Study) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมีเศร่าและสัมพันธภาพในครอบครัว น่าจะศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะซีมีเศร่าและสัมพันธภาพในครอบครัวด้วย
4. การศึกษาเชิงทดลอง (Experimental Study) โดยนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมีเศร่าและสัมพันธภาพในครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้มาจัดเป็นโปรแกรมการป้องกันภาวะซีมีเศร่าและส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเห็น

คุณค่าในตนเอง การส่งเสริมความสัมพันธ์ การทำหน้าที่ของครอบครัว การปรับตัวและแก้ไข ปัญหาความขัดแย้ง เพื่อดูความแตกต่างระหว่างภาวะซึมเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัวในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและไม่ได้เข้าร่วม

5. ในส่วนของครอบครัวอาจดูประเด็นอื่นเพิ่มเติม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในครอบครัว ซึ่งมีเครื่องมือที่ใช้วัด ทั้งนี้ต้องอาศัยบริบทอื่นด้วยว่าเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด

6. สามารถศึกษาประเด็นอื่นที่ฉีกแนวไปจากเดิม ได้แก่ การศึกษาภาวะความสุข อันประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ /ปัญญา/ความเชื่อ ด้านครอบครัว ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม ตามแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาคอร์ปครัวแห่งชาติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

7. ควรดำเนินการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเน้นเฉพาะกลุ่ม ไม่ใช่ครอบครัวโดยทั่วไป เช่น ครอบครัวคู่สมรสใหม่ ครอบครัวที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 18 ปี และครอบครัวสูงอายุ

8. ควรดำเนินการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว ในกลุ่มครอบครัวที่มีลักษณะพิเศษต่างๆ ซึ่งใช้รูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพควบคู่ไปกับเชิงปริมาณ การศึกษาเชิงปริมาณอย่างเดียวมักจะได้ผลการศึกษาในภาพกว้าง ข้อมูลที่ได้เป็นตัวเลขสามารถสะท้อนข้อเท็จจริงได้บางอย่าง และมีคุณภาพในระดับหนึ่ง จึงควรมีการผสมผสานรูปแบบศึกษาเชิงคุณภาพเข้าไปด้วย เพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม ซึ่งจะสามารถสะท้อนข้อเท็จจริง และศึกษา เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของข้อมูลที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้มากขึ้น ซึ่งอาจจะต้องใช้เทคนิคและกลวิธีการดำเนินงาน รวมทั้งระยะเวลาศึกษาวิจัยและงบประมาณเพิ่มมากขึ้น

9. ควรใช้ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวในการสร้างระบบเฝ้าระวังและติดตามครอบครัวอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นในการติดตาม ดูแลช่วยเหลือครอบครัวตามความต้องการพื้นฐาน เช่น ใช้ดัชนีปัจจัยปกป้อง-ปัจจัยเสี่ยงของครอบครัวในการคัดกรองครอบครัวที่เสี่ยงต่อการที่บุตรจะมีพัฒนาการด้านสติปัญญาไม่สมวัย เพื่อให้ครอบครัวสามารถอบรมเลี้ยงดูเด็กและเยาวชนได้อย่างเต็มศักยภาพ จะช่วยป้องกันปัญหาด้านเด็กและเยาวชนได้

รายการอ้างอิง

- (1) Brown, W.W., Peters, R.M. and Ohmit, S.E. 2003. Early detection of kidney disease in community settings : The kidney early evaluation program (KEEP). American Journal of Kidney Diseases, 42: 22-35.
- (2) Schainuch, L.I., Striker, G.E., Luther, R.E. and Benditt, E.P. 1970. Structural-functional correlations in renal diseases : The correlations. Human Pathology, 1: 631-641.
- (3) U.S. Renal Data System. USRDS 2007 Annual data report: Atlas of chronic kidney disease and end- stage renal disease in the United States. National Institutes of Health, Bethesda, MD, 2007
- (4) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552. พิมพ์ครั้งที่ 1 สถานที่พิมพ์:เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์(ไทย),2552.
- (5) ลีนา องอาจยุทธ และคณะ. โครงการวิจัยการประมาณความชุกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย : Screening and Early Evaluation of Kidney Disease Thai-SEEK project,2550-2551.
- (6) ยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. มาตรการป้องกันโรคไตวายและการเข้าถึงบริการอย่างเร่งด่วน.สารสุขภาพ. ปีที่ 2 ฉบับที่ 14, 6-10 เมษายน 2552.
- (7) กองการศึกษาเพื่อคนพิการ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.การศึกษาสภาพการจัดการศึกษาพิเศษของไทยสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน โครงการพัฒนาการศึกษาพิเศษประเภทต่างๆในประเทศไทย. พฤษภาคม 2553. ฉบับที่1. หน้า 14.
- (8) สันต์ ใจยอดศิลป์.การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Caregiver). วารสารการแพทย์ Health.Co.Th Journal.2010:2.
- (9) มาโนช หล่อตระกูล,บรรณานิการ. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์ (ปรับปรุง 2544). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.เรดิเอชั่น : 2544.
- (10) สาธารณสุข, กระทรวง.กรมสุขภาพจิต. การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาของซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2547.
- (11) Freidman AL. The broader burden of ESRD on children and their families.Kidney Int 2006; 70:1893-1894.
- (12) Fielding D., Brownbridge G., Siegel, Hayes, Vanderwerker, Loseth and Prigerson. Factors related to psychosocial adjustment in children with end stage renal failure. Pediatr Nephrol 1999-2008;13:766-770.

- (13) Ritchie JA. Concens of acutely ill: chronically ill and healthy preschool children. Res Nurs Health 1984;7: 265-74
- (14) รุ่งมณี ยิ่งยี่น. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในเยาวชนที่กระทำผิดกฎหมายและไม่ได้กระทำผิดกฎหมายในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขา
เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549
- (15) สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว. ภาวะความอยู่ดีมีสุขของประชาชนด้านชีวิตครอบครัว. โครงการศึกษาครอบครัวไทย: ความสัมพันธ์ในครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล,
2546.
- (16) บังอร เทพเทียนและคณะ. โครงการสำรวจสภาพครอบครัวตามตัวชี้วัดสถาบันครอบครัวเข้มแข็ง.
สถาบันพัฒนาการสาธารณสุข อาเซียนมหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
- (17) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2547). รายงานสถานการณ์ทางสังคม
สถานการณ์ครอบครัว. ปีที่ 1 ฉบับที่ 2. มกราคม-มีนาคม, 2547.
- (18) Perrin JM. Chronic illness. In: Levine MD, Carey WB, editors. Developmental and
behavioral pediatrics 2nded. Philadelphia: WB Saunder: 2005. p. 304-8.
- (19) Bernzweig J, Pantell R, Lewis CC. Talking with children. In: Parker S, Zuckerman B,
editors Behavioral and developmental pediatrics: a handbook for primary care.
New York: Little Brown; 1995.p. 7.
- (20) Perrin EC. Chronic conditions. In: Parker S, Zuckerman B, Augustyn M, editors.
Developmental and behavioral pediatrics: a handbook for primary care. 3 rd ed.
Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.p.152-7.
- (21) Carey WB. Acute minor illness. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC editors.
Developmental and behavioral pediatrics 2nd ed. Philadelphia: WB Saunder:
2005. p. 295-6.
- (22) Collins A, Xue J, Ma J, Louis T. Estimating the number of patient and medicare costs of
chronic kidney disease in US to the year 2010. Jam Soc Nephrol 2000;11:113A.
- (23) Steinhauer, P.D. Psychological Aspects of chronic Illness. Pediatric clinics of North
America November 1974: 825-841.
- (24) De Vecchi A, Dratwa M, Wiedemann M. Health care systems and end-stage renal
disease(ESRD) therapies an international review: costs and reimbursement
finding of ESRD therapies Nephrol Dia Transp 1999;14:31-41.
- (25) สมพร ชินโนรส.(2546). การพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิชาการพิมพ์

- (26) คณาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
(2539). คู่มือการใช้ยาสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : ธนบรรณการพิมพ์.
- (27) วัลลา ตันตโยทัย และประคอง อินทรสมบัติ.(2543) การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง. เล่ม 3. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- (28) National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis 2002; 39:S1.
- (29) Satirapoj B, Wongchinsri J, Youngprang N, Laonapaporn B, Chitrada T, Lapkittichareonchai S, et al. Predictors of renal involvement in patients with systemic lupus erythematosus. Asian Pac J Allergy Immunol.2007 Mar;25(1): 17- 25.
- (30) Orth SR, Ritz E. The nephrotic syndrome. N Engl J Med. 1998 Apr 23;338(17):1202-11.
- (31) Schwartz GJ, Furth S, Cole SR, Warady B, Munoz A. Glomerular filtration rate via plasma iohexol disappearance: Pilot study for chronic kidney disease in children. Kidney Int. 2006 Apr 12; (31)
- (32) Tiebosch AT, Wolters J, Frederik PF, van der Wiel TW, Zeppenfeldt E, van Breda Vriesman PJ. Epidemiology of idiopathic glomerular disease: a prospective study. Kidney Int. 1987 Jul;32(1):112-6.
- (33) รัตนาภรณ์ นรินทร์. ปัญหาพฤติกรรมในเด็กวัยเรียนที่มีโรคทางกายเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- (34) วรรณมา เรืองลาภอนันต์ และคณะ. ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อเด็กป่วยวัยเรียนและครอบครัว. Journal of Nursing Science Vol.27 No.2 S1 May-Aug 2009.
- Steinhauer, P.D. Psychological Aspects of chronic Illness. Pediatric clinics of North America 21 (November 1974) : 825-841.
- (35) ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้และโรคอารมณ์ผิดปกติ. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์, 2543.
- (36) ก้านจิต ศรีนนท์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรด้วยโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- (37) สุวีภรณ์ สุวรรณโอสถ. ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญ ความเครียด

ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

- Garrison, K.C. and Magoon, R. Educational psychology. Ohio : Charles E.Morrill Publishing century – crofts, 1972.
- (35). Koegel, R.L., Schreibman, L., O'Neill, R.E. and Burke, J.C. The personality and family – interaction characteristics of parents of autistic children. Journal of consulting and clinical psychology, 1983 : 51 (5) : 683 - 692.
- (36) Sarafine, E.P. and Ewing M. The Hassles Assessment Scale for Students in College : Measuring the frequency and unpleasantness and welling onstressful events. Journal of American College Health. 1999; 48(2):75.
- (37) Selye, H. The stress of Life. New York : Mc Graw : Prentice – Hall, 1956. Lazarus, R. S., and Folkman, S. Stress appraisal and coping. New York: Sprinder, 1984.
- (38) Elaine Caldwell. The Psychological Impact of Trauma. The Nursing Clinic of North America 11 (June 1978) : 247.
- (39) Sutterley, Doris C. and Donnelley, Gloria F. Coping with Stress. Maryland : Aspon Systems Cooperation, 1982.
- (40) J. Macdonold Wallace. Living with stress. Nursing Times 74 (March 1978) :457 - 458.
- (41) D.E. Hartl. Stress Management and the Nurse. Advances in Nursing Sciences. 1 : 4(July 1979) : 91.
- (50) สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, สมภพ เรืองตระกูล, มานิต ศรีสุวรรณนท์ และจำลอง ดิษยวณิช.ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า 2542.
- (51) Beck, 1967, Beck, 1979 cited in Sadock & Sadock 2000.
- (52) สุชาติ พหลภาคย์, ธรณินทร์ กองสุข, นันทิกา ทวิชาชาติ .ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า. 2546-4548.
- (53) Tong A, Lowe A, Sainsbury P et al. Experiences of parents whohave children with chronic kidney disease: a systematic review ofqualitative studies. Pediatrics 2008; 121: 349–360.
- (54) Tong A, Sainsbury P, Craig JC. Support interventions for caregivers of people with chronic kidney disease: a systematic review. Nephrol Dial Transplant 2008;38:53-68.
- (55) Reynolds JM, Morton MJ, Garralda ME, Postlethwaite RJ, Goh D. Psychosocial adjustment of adult survivors of a pediatric dialysis and transplant programme.

Arch Dis Child 1993; 68:104-10.

- (56) Brownbridge G, Fielding D. An investigation of psychological factors influencing adherence to medical regime in children and adolescents undergoing hemodialysis
- (57) Fielding D, Brownbridge G. Factors related to psychosocial adjustment in children with end-stage renal failure. PediatrNephrol 1999; 13:766-70. and CAPD.Int J Adolesc Med Health 1989; 4:7-18.
- (58) Michael D. Aldridge. How do families adjust to having a child with chronic kidney Failure: A systematic review. Nephrology Nursing Journal .March-April, 2008.
- (59) อรวรรณ ชมชัยยา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปลูกฝังจิตสำนึกด้านจริยธรรมแก่บุตรก่อนวัยเรียน จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต, 2550.
- (60) ศิริกุล อิศรานุรักษ์. หลักการวางแผนงานอนามัยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์, 2542.
- (61) ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวไทยในปัจจุบัน. การวิจัย เรื่อง “รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ” และโครงการวิจัย เรื่อง “การสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ”, 2547:น.107-108.
- (62) ลำเจียก กำธร และคณะ. ความผูกพันในครอบครัว ความเชื่อที่ไร้เหตุผลและภาวะซึมเศร้าของเด็กและเยาวชนในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
- (63) พรเพ็ญ สำเนา. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต .บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.
- (64) Álvarez Zúñiga, M Lourdes. La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescents. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Vol. 9, No. 2, junio 2009, pp. 205-216.
- (65) Siegel, Hayes, Vanderwerker, Loseth, & Prigerson. Factors related to psychosocial adjustment in children with end stage renal failure. Pediatr Nephrol 1999-2008;13:766-770.

- (66) KWOK Lai Kuen .Family relationship : its relation to self-concept and depression among Hong Kong. A thesis of the degree of master of Philosophy Hong Kong Baptist University. May, 1997.
- (67) H. Ashkani, Gh. R. Dehbozorgi,A. Tahamtan. Depression among Parents of Children with Chronic and Disabling Disease. Department of Psychiatry, Shiraz University of Medical Sciences, Iran. IJMS Vol 29, June, 2004.
- (68) Karen M. Gil, etc. Sick Cell Disease in Children and Adolescents: The Relation of Child and Parent Pain Coping Strategies to Adjustment. Oxford Journals Medicine Journal of Pediatric Psychology Volume16. Issue 5 Pp. 643- 663.June, 1990.
- (69) Birtchnell Birtchnell, J. Depression and family relationships. *British Journal of Psychiatry*, 153, 758-769. 1988a.
- (70) Chou, K.R. (2000). Caregiver Burden: a concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*. 15 (6), 398-407.
- (71) กรมอนามัย. เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนักส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทยอายุ 1 วัน-19 ปี. พิมพ์ที่กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ, 2542.
- (72) Beck, Steer, & Garbin .Depression and Anxiety. *Thai Journal of Nursing Council* Vol. 24 No.2 April- June 2009.
- (73) สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาศาสนสถานครอบครัว. พ.ศ. 2547-2556.
- (74) Alexandra G. Unemployed fathers six times more likely to be depressed, study finds Medill Reports - Chicago,2010.
- (75) Vicky R. Bowden,Cindy Smith Greenberg Children and Their Families: The Continuum of Care Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- (76) Dina J. Byers, Mona N. Wicks, Tamara Harris Beard. Depressive symptoms and health promotion behaviors of African-American women who are family caregivers of hemodialysis recipients. Nephrology Nursing Journal. FindArticles.com. 08 Apr, 2012.
- (77) Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. Am J Kidney Dis. 2006 Dec;48(6):955-63.

- (78) Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. Montenegro H.Chest.2005 Dec;128(6):3925-36.
- (79) Barbara A. Cloues. Living with a Chronically Ill Child: Impact on the Family. pediatric Nursing, 20(6), 571-577.
- (80) Reynolds. How do families adjust to having a child with chronic kidney failure A systematic review. Nephrology Nursing Journal. March-April, 2008.
- (81) Ivana Kreft . Psychosocial difficulties of children and adolescents with chronic kidney disease and their parents. Department of Nephrology and Unit for dialysis and transplantation;2010.
- (82) Col M Kanitkar. Chronic Kidney Disease in Children: An Indian Perspective MJAFI 2009; 65: 45-49

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
ใบจริยธรรม



COA No. 351/2011
IRB No. 240/54

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวในเด็กที่เป็นโรคไตเรื้อรัง
ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวสกวรัตน์ ตั้งจิตถนอม

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนิน
โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงการวิจัย Version 2.0 dated 30 May 2011
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2.0 Dated 30 May 2011
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 30 May 2011
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 30 May 2011
5. แบบสอบถามการวิจัย Version 2.0 Dated 30 May 2011
6. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค ฉบับแปลภาษาไทย Version 2.0 Dated 30 May 2011
7. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว Version 2.0 Dated 30 May 2011

ลงนาม 

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ไฉฉิต ธรรมอารี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 7 มิถุนายน 2554

วันหมดอายุ : 6 มิถุนายน 2555

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ข

จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือ/ ขอเก็บข้อมูล



สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม ๗๓๑๗๐

โทรศัพท์ ๐๒-๔๔๑-๙๐๔๐-๓ ต่อ ๑๓ โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๙๐๔๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๑๘๒/อ./๐๐๐๐๘

วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๕๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

อ้างถึง หนังสือที่ จว.พิเศษ ๒๖๕/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๕๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวสวารัตน์ ตั้งจิตนอม นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของข้าพเจ้าเพื่อนำไปประกอบการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เรื่อง “ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวในเด็กที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์” นั้น

ข้าพเจ้ายินดีและอนุญาตให้นักศึกษาดังกล่าวใช้แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวและเมื่อวิจัยดังกล่าวเป็นฉบับสมบูรณ์แล้วกรุณาส่งรายงานการวิจัยไปให้ข้าพเจ้าด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร ชมพิกุล)

อาจารย์ประจำสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

เรียน ผู้บริหารงานนักศึกษา

ขอแสดงความนับถือ - ศาสตราจารย์ ดร. จีราพร ชมพิกุล

๒๕
22 ๒๕๕๔



ที่ ศธ ๐๕๑๔.๐๗๐๑/ ๕๖๑

ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง หัวหมาก
บางกะปิ กรุงเทพฯ ๑๐๒๔๐

๒๑ มิถุนายน ๒๕๕๔

เรื่อง อนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์
เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
อ้างถึง หนังสือที่ จว.พิเศษ ๓๒๒/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๕๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง นางสาวสกวรัตน์ ตั้งจิตถนอม นิสิตปริญญาโท หลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต ปีที่ 2 ภาคปกติ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของข้าพเจ้า เพื่อนำไปประกอบการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เรื่อง "ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวในเด็กที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคไต แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์" นั้น

ข้าพเจ้ายินดีและอนุญาตให้นิสิตดังกล่าวใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของข้าพเจ้า เพื่อนำไปประกอบการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ แต่แบบวัดไม่อนุญาตเผยแพร่และสงวนลิขสิทธิ์ เฉพาะผู้มีใบประกอบโรคศิลปะทางจิตวิทยาคลินิกเท่านั้น และเมื่อวิจัยดังกล่าวเป็นฉบับสมบูรณ์แล้วกรุณาส่งรายงานการวิจัยไปให้ข้าพเจ้าด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์มุกดา ศรียงค์)
อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา

(รองศาสตราจารย์ ร.ท. รุรัชย์ หงส์ยืนตรชัย)
หัวหน้าภาควิชาจิตวิทยา


โทร ๐๒-๓๑๐๘๓๑๗

โทรสาร ๐๒-๓๑๐๘๓๑๗

เรียน ผู้บริหารคณะศึกษาศาสตร์
ขอแสดงความนับถือ อาจารย์รุรัชย์ หงส์ยืนตรชัย
ร.ท.
๒๒ มิ.ย. ๕๔

ภาคผนวก ค

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ชื่อโครงการวิจัย ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย ชื่อ นางสาวสกาวรัตน์ ตั้งจิตถนอม
ที่อยู่ 213 หมู่บ้านฉัตรแก้ว ซอย 9 ถนนแยกปี่แลนด์ คลองจั่น บางกะปิ กรุงเทพฯ 10240
เบอร์โทรศัพท์ 084-005-8951

เรียน ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้ตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อนหรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้


เหตุผลความเป็นมา

เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังในเด็ก นอกจากส่งผลกระทบต่อร่างกายของเด็กแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองได้ โดยเฉพาะอาจมีภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองเด็กที่มีโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัว ของเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 310 คน ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ ผู้วิจัยจะขอซักประวัติเพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว
- ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครอง
- ส่วนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ให้ท่านได้กรอกประวัติส่วนตัว ทั้งของท่าน ของผู้ป่วย และตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วนนี้ด้วยตัวท่านเอง โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะการตอบแบบสอบถามทั้งหมดนี้ จะใช้เวลาประมาณ 30 นาที และท่านจะอยู่ในการวิจัยเฉพาะการตอบแบบสอบถามครั้งเดียวเท่านั้น

ข้อมูลประการสำคัญที่ท่านควรทราบ คือ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลใดๆ ต่อท่านในทุกกรณี ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆเป็นพิเศษทั้งสิ้น และข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัว ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและเปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลการวิจัยเท่านั้น การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งได้ และหากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวจากการวิจัย จะไม่มีผลต่อท่านไม่ว่ากรณีใดๆทั้งสิ้น


ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด และสอบถามข้อสงสัยต่างๆในการตอบแบบสอบถามได้ระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจจะมีความเสี่ยง เช่น เสียเวลา อาจดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่ขณะเข้าร่วมวิจัย อาจหงุดหงิด ปวดศีรษะ ตาลาย ไม่สบายระหว่างตอบคำถามหรือทำแบบสัมภาษณ์

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

ท่านอาจเกิดอาการข้างเคียงหรือความไม่สบาย นอกเหนือจากที่ได้แสดงในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งอาการข้างเคียงเหล่านี้ เป็นอาการที่ไม่เคยพบมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของท่าน ควรแจ้งผู้วิจัยทราบทันทีเมื่อเกิดความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะ นำมาเป็นแนวทางสำหรับประชาชน บุคลากรด้านสาธารณสุขและการศึกษาในการวางแผน ให้การพยาบาลแก่ผู้ปกครองที่มีภาวะซีมีเศร้าในแต่ละระดับต่างกัน โดยเฉพาะระดับมากถึงรุนแรง ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือส่งต่อเพื่อการรักษา ส่วนกลุ่มที่มีภาวะซีมีเศร้าอยู่ในระดับปกติ ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต รวมถึงเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวต่อไปด้วย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลพื้นฐานของท่าน ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยของเด็กทั้งในอดีต และปัจจุบัน รวมไปถึงการประเมินภาวะซีมีเศร้าและสัมพันธภาพในครอบครัวของท่าน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง

- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้วิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย /ผู้สนับสนุนการวิจัย

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวสกวรัตน์ ตั้งจิตตโนม ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย


การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- ท่านตั้งครครระหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ คำแนะนำเกี่ยวกับแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพล บังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง


หากท่านมีข้อสงสัย หรือคำถามใดๆเกี่ยวกับสิทธิ์ของท่านในเรื่องการเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์ 084 - 005-8951 หรือผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่เขียนไว้ในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 ชั้น หรือ ที่หมายเลขโทรศัพท์ 0-2256-4455 หรือ 0-2256-4493 ต่อ 13 หรือ 14 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

ภาคผนวก ง

เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

การวิจัยเรื่อง **ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวเด็กโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์**

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย /นาง/นางสาว
ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียด
จากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อม
ด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการ
อธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้น
จากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและ
โอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่
ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม โดยข้าพเจ้ามีสิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือ
ในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และจะ
เปิดเผยได้ในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย


ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการ
รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอก
เลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับความยินยอมจาก
ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับ
อนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ เพื่อความถูกต้องของ
ข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ ข้าพเจ้าจะให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลพื้นฐานของ
ผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ / หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้
สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่า ข้อมูลในการวิจัยที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก จ
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม

วันที่..... เดือน พ.ศ.

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ภาวะซึมเศร้าของผู้ปกครองและสัมพันธภาพในครอบครัวเด็กโรค ไข้เรื้อรัง
ที่มารับการรักษา ที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. อายุของท่าน ปี(จำนวนเต็ม)

2. เพศของท่าน

ชาย 1

หญิง 2

3. ความเกี่ยวข้องกับท่านกับเด็ก

บิดา 1

มารดา 2

ญาติฝ่ายบิดา ระบุ 3

ญาติฝ่ายมารดา ระบุ 4

อื่นๆ ระบุ..... 5

4. สถานภาพการสมรสของท่าน

อยู่ด้วยกัน 1

แยกกันอยู่ 2

หย่าร้าง 3

คู่สมรสถึงแก่กรรม 4

อื่นๆ ระบุ..... 5

5. วุฒิการศึกษาสูงสุดของท่าน

ไม่ได้รับการศึกษา 1

ประถมศึกษา 2

มัธยมศึกษา 3

อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา 4

ปริญญาตรี 5

สูงกว่าปริญญาตรี 6

6. อาชีพหลักของท่าน

ข้าราชการรัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/>	1
พนักงานบริษัทเอกชน	<input type="checkbox"/>	2
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	<input type="checkbox"/>	3
เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/>	4
รับจ้าง	<input type="checkbox"/>	5
แม่บ้าน	<input type="checkbox"/>	6
อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/>	7

7. รายได้ของท่านเอง บาท/เดือน

8. รายได้ของครอบครัว บาท/เดือน

9. การเปรียบเทียบรายรับกับรายจ่าย

รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ	<input type="checkbox"/>	1
รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	<input type="checkbox"/>	2
รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	<input type="checkbox"/>	3
รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินจำนวน	<input type="checkbox"/>	4

10. ตามการรับรู้ของท่าน ท่านมีความเครียดในด้านอื่นๆ อยู่ในระดับใด

ด้านกิจวัตรประจำวัน

10.1 งดกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ตั้งแต่เริ่มให้การดูแลเด็กโรคไตเรื้อรัง

ไม่มีความเครียด	<input type="checkbox"/>	0
เครียดระดับน้อย	<input type="checkbox"/>	1
เครียดระดับปานกลาง	<input type="checkbox"/>	2
เครียดระดับมาก	<input type="checkbox"/>	3

10.2 ต้องดูแลเด็กโรคไตเรื้อรังตลอดเวลา ทำให้หาเวลาพักผ่อนหย่อนใจได้ยาก

ไม่มีความเครียด	<input type="checkbox"/>	0
เครียดระดับน้อย	<input type="checkbox"/>	1
เครียดระดับปานกลาง	<input type="checkbox"/>	2
เครียดระดับมาก	<input type="checkbox"/>	3

10.3 ไปเยี่ยมเยียนญาติพี่น้องหรือเพื่อนฝูงน้อยลง

ไม่มีความเครียด	<input type="checkbox"/>	0
เครียดระดับน้อย	<input type="checkbox"/>	1
เครียดระดับปานกลาง	<input type="checkbox"/>	2
เครียดระดับมาก	<input type="checkbox"/>	3

ด้านการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม

10.4 ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน

ไม่มีความเครียด	<input type="checkbox"/>	0
เครียดระดับน้อย	<input type="checkbox"/>	1
เครียดระดับปานกลาง	<input type="checkbox"/>	2
เครียดระดับมาก	<input type="checkbox"/>	3

ด้านอื่นๆ โปรดระบุ.....

ไม่มีความเครียด	<input type="checkbox"/>	0
เครียดระดับน้อย	<input type="checkbox"/>	1
เครียดระดับปานกลาง	<input type="checkbox"/>	2
เครียดระดับมาก	<input type="checkbox"/>	3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เด็กเป็นบุตรคนที่ ในจำนวนทั้งหมด คน (รวมเด็กด้วย)

2. อายุของเด็ก ปี(จำนวนเต็ม)

3. เพศของเด็ก

ชาย	<input type="checkbox"/>	1
หญิง	<input type="checkbox"/>	2

4. ระดับการศึกษาของเด็ก

ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/>	0
เตรียมอนุบาล/อนุบาล	<input type="checkbox"/>	1
ประถมศึกษาปีที่ 1-3	<input type="checkbox"/>	2
ประถมศึกษาปีที่ 4-6	<input type="checkbox"/>	3
มัธยมศึกษาปีที่ - 3	<input type="checkbox"/>	4

มัธยมศึกษาปีที่ 4 -6 5

5. เด็กอาศัยอยู่กับ

อยู่กับบิดามารดา 1

อยู่กับบิดา 2

อยู่กับมารดา 3

อยู่กับญาติ 4

อยู่กับพ่อแม่บุญธรรม 5

อื่นๆ ระบุ..... 6

6. ระดับความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังของเด็ก

6.1 ความถี่ในการขาดเรียนของเด็กต่อปี

น้อยกว่า 5 ครั้ง 1

5-10 ครั้ง 2

มากกว่า 10 ครั้ง 3

6.2 ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้

น้อยกว่า 6 เดือน 1

6 เดือน -1 ปี 2

มากกว่า 1 ปี - 3 ปี 3

มากกว่า 3 ปี - 6 ปี 4

มากกว่า 6 ปี - 9 ปี 5

มากกว่า 9 ปี -11 ปี 6

มากกว่า 11 ปี 7

6.3 จำนวนครั้งในการรักษาในโรงพยาบาล

ไม่เคย 0

1-3 ครั้ง 1

4-6 ครั้ง 2

7-9 ครั้ง 3

10 ครั้งขึ้นไป 4

6.4 ตามการรับรู้ของท่าน ท่านคิดว่าเด็กมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับใด

- | | | |
|--------------|--------------------------|---|
| ระดับน้อย | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ระดับปานกลาง | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ระดับมาก | <input type="checkbox"/> | 3 |

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ลักษณะครอบครัวของท่าน

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| ครอบครัวที่มีบิดามารดาและบุตรอยู่เพียงลำพัง | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ครอบครัวที่บิดาหรือมารดาเลี้ยงบุตรตามลำพัง | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ครอบครัวที่มีบิดา มารดา บุตรและเครือญาติรวมอยู่ด้วย | <input type="checkbox"/> | 3 |
| ครอบครัวที่เด็กอาศัยอยู่กับญาติ | <input type="checkbox"/> | 4 |
| ครอบครัวลักษณะอื่นๆ โปรดระบุ | <input type="checkbox"/> | 5 |

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค
[(Beck Depression Inventory IA (BDI-IA)] ฉบับภาษาไทย*

ส่วนที่ 4

คำชี้แจง : สำหรับผู้ตอบแบบประเมิน

โปรดเลือกข้อความต่อไปนี้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยความคิดความรู้สึกต่อไปนี้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ในบุคคลทั่วไป ไม่มีข้อใดผิดหรือข้อใดถูก เมื่อท่านได้อ่านข้อความอย่างรอบคอบ ในแต่ละหัวข้อแล้ว ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ซึ่งอยู่หลังข้อความเพียงข้อเดียวที่บรรยายความรู้สึกของท่าน ในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา จนกระทั่งถึงวันนี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ขอความกรุณาตอบทุกข้อ

- | | | | |
|----|--|--------------------------|---|
| 1. | ฉันไม่รู้สึกซึมเศร้า | <input type="checkbox"/> | 0 |
| | ฉันรู้สึกซึมเศร้า | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้ | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว | <input type="checkbox"/> | 3 |

- | | | | |
|----|--|--------------------------|---|
| 2. | ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต | <input type="checkbox"/> | 0 |
| | ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรจะต้องคิดหรือมุ่งหวังต่อไป | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | ฉันรู้สึกว่าไม่มี ความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้ | <input type="checkbox"/> | 3 |

- | | | | |
|----|---|--------------------------|---|
| 3. | ฉันไม่รู้สึกว่าทำอะไรแล้วล้มเหลว | <input type="checkbox"/> | 0 |
| | ฉันรู้สึกว่าทำอะไรแล้วล้มเหลวมากกว่าคนอื่น ๆ | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้คือ ความล้มเหลวทั้งหมด | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรแล้วล้มเหลวมาโดยตลอด | <input type="checkbox"/> | 3 |

- | | | | |
|----|--|--------------------------|---|
| 4. | ฉันมีความพึงพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ | <input type="checkbox"/> | 0 |
| | ฉันรู้สึกไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างดังเช่นเคย | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อต่อทุกอย่าง | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 5.
- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| ฉันไม่เคยรู้สึกผิด | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันรู้สึกผิดบางครั้ง | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 6.
- | | | |
|---------------------------|--------------------------|---|
| ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าถูกโกง | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันรู้สึกบ้างฉันอาจถูกโกง | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันคิดว่าถูกโกง | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันรู้สึกว่าการโกง | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 7.
- | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|
| ฉันไม่รู้สึกผิดหวังในตนเอง | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันรู้สึกผิดหวังในตนเอง | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันรู้สึกสะอิดสะเอียนในตนเอง | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันเกลียดตัวฉันเอง | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 8.
- | | | |
|---|--------------------------|---|
| ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าฉันเลวกว่าคนอื่น | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันชอบวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันตำหนิตนเองตลอดเวลาสำหรับสิ่งที่ทำผิด | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันตำหนิตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 9.
- | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 10.
- | | | |
|---|--------------------------|---|
| ฉันไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ทุกวันนี้ฉันร้องไห้เสมอ | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องไห้เหลือเกิน | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 11.
- | | | |
|---|--------------------------|---|
| ฉันไม่รู้สึกรุนเฉียวโกรธง่าย | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันเป็นคนรุนเฉียวโกรธง่ายกว่าเมื่อก่อน | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันเป็นคนขี้รำคาญและโกรธง่ายเกือบตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันรู้สึกรุนเฉียวตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 12.
- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| ฉันยังให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันสนใจคนอื่นน้อยลงกว่าที่เคย | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันเลิกสนใจคนอื่นเป็นบางเวลา | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันเลิกสนใจคนอื่นโดยสิ้นเชิง | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 13.
- | | | |
|--|--------------------------|---|
| ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันมีความลำบากยิ่งในการตัดสินใจมากกว่าที่เคย | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้อีกเลย | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 14.
- | | | |
|---|--------------------------|---|
| ฉันไม่รู้สึกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันวิตกว่าฉันดูแก่และไม่น่าสนใจ | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันรู้สึกว่ามีเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอริยาบทของฉัน ที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนที่น่าเกลียดมาก | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 15.
- | | | |
|--|--------------------------|---|
| ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 16.
- | | | |
|--|--------------------------|---|
| ฉันนอนได้ตามปกติ | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันตื่นก่อนปกติ-2 ชั่วโมง | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันตื่นบ่อยกว่าที่เคยและไม่สามารถจะนอนหลับได้อีก | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 17.
- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|
| ฉันไม่รู้สึกรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าแต่ก่อน | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันรู้สึกเหนื่อยจากการทำสิ่งต่างๆ | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้ | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 18.
- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|
| ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างที่เคย | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันไม่ยอมรับประทานอาหารใดๆ เลย | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 19.
- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|---|
| น้ำหนักของฉันไม่ลดลง | <input type="checkbox"/> | 0 |
| น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ ๒ กิโลกรัม | <input type="checkbox"/> | 1 |
| น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ ๔ กิโลกรัม | <input type="checkbox"/> | 2 |
| น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ ๖ กิโลกรัม | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 20.
- | | | |
|--|--------------------------|---|
| ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บปวด ปวดท้อง หรือท้องผูก | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้ | <input type="checkbox"/> | 3 |

- 21.
- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|
| ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ | <input type="checkbox"/> | 0 |
| ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย | <input type="checkbox"/> | 1 |
| ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก | <input type="checkbox"/> | 2 |
| ฉันไม่สนใจทางเพศอีกเลย | <input type="checkbox"/> | 3 |

* ได้รับอนุญาตให้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค ฉบับที่ 1A ((Beck Depression Inventory IA (BDI-IA))

ฉบับแปลภาษาไทยของ

รองศาสตราจารย์ มุกดา ศรียงค์

ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ถนนรามคำแหง แขวงหัวหมาก เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร 10240

โทรศัพท์ 0-2310-8317

แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

โดย สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ร่วมกับ ฝ่ายวิจัย สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล



แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว มีจำนวน 5 หน้า ประกอบด้วยข้อมูล 4 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างท่านและสมาชิกในครอบครัว กับเด็กโรคไตเรื้อรัง ทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน มีจำนวน 8 ข้อคำถาม

ประเด็นที่ 2 การพูดคุย ปรีกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังและเรื่องสำคัญต่างๆ ของครอบครัว มีจำนวน 15 ข้อคำถาม

ประเด็นที่ 3 การแสดงออกซึ่งความรักและความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา ใจ ระหว่างท่านและสมาชิกในครอบครัวต่อเด็กโรคไตเรื้อรัง มีจำนวน 5 ข้อคำถาม

ประเด็นที่ 4 การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ในยามที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง มีจำนวน 14 ข้อคำถาม

นอกจากนี้ มีข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นที่มีต่อสัมพันธภาพในครอบครัว มีจำนวน 3 ข้อคำถาม

ได้รับอนุญาตให้ใช้แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวจาก

รองศาสตราจารย์ดร.จิราพร ชมพิกุล

ฝ่ายวิจัยสถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

25/5 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา

อำเภอพุทธมณฑลจังหวัดนครปฐม 73170

โทรศัพท์0-2441-9040-3 ต่อ 13, 36

โทรสาร0-2441-9044

อีเมลล์ adjcp@mahidol.ac.th, adksl@mahidol.ac.th

ที่อยู่ปัจจุบัน ตำบล อำเภอ
จังหวัด

ส่วนที่ 5 ข้อมูลสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เป็นโรคไตเรื้อรัง

คำชี้แจง ขอความกรุณาให้ท่านทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านและสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีเด็กเป็นโรคไตเรื้อรัง ทำกิจกรรมหรือ
มีความสัมพันธ์กันตามข้อความต่อไปนี้ อย่างไร

โดยมีคำตอบ 3 ระดับ คือ

- 0 = ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ได้หรือไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย
1 = เป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นบางวัน
2 = เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวัน (สัปดาห์ละ 7 วัน)

1. การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน ระหว่างท่านและสมาชิกในครอบครัว กับเด็กโรคไตเรื้อรัง ทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน

การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน	ระดับการปฏิบัติ		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	บางครั้ง	เป็นประจำ
1.1 เปิดโอกาสให้เด็กโรคไตเรื้อรังมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว			
1.2 รับประทานอาหาร ทำงานบ้าน ทำความสะอาดบ้าน หรือทำกับข้าวร่วมกัน			
1.3 ทำกิจกรรมนันทนาการ พักผ่อนหย่อนใจ ดูโทรทัศน์ หรือ ฟังวิทยุร่วมกัน			
1.4 ออกกำลังกาย และเล่นกีฬาประเภทต่างๆ ร่วมกัน			
1.5 พักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านร่วมกัน เช่น เที่ยว ฟังเพลง ดูหนัง เที่ยวพิพิธภัณฑ์			
1.6 เยี่ยมญาติมิตรและเพื่อนฝูงที่อาศัยอยู่ที่อื่น ๆ หรือต่างจังหวัด			
1.7 ร่วมพิธีกรรมในวันสำคัญทางศาสนา และประเพณีต่างๆ หรืองานบุญในโอกาสต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวช งานศพ เป็นต้น			
1.8 กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่อสาธารณะ เช่น เก็บขยะ ช่วยปลูกต้นไม้ กวาดถนน หรือชุดลอกคูคลอง เป็นต้น			

2. การพูดคุย ปรึกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องการเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรังและ เรื่องสำคัญต่างๆ

เรื่อง การเจ็บป่วยของเด็กโรคไตเรื้อรัง สมาชิกในครอบครัว	ระดับการปฏิบัติ		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	บางครั้ง	เป็นประจำ
2.1 พูดคุยกันด้วยความเข้าใจในการช่วยเหลือเด็กไตเรื้อรังที่บ้าน			
2.2 ปรึกษาหารือร่วมกัน ในเรื่องการรักษาพยาบาลและการดูแลต่อเนื่อง ตามคำแนะนำของแพทย์			
2.3 ร่วมกันตัดสินใจเรื่องการเรียน ตามศักยภาพของเด็ก			
เรื่องสำคัญต่างๆ ของครอบครัว สมาชิกในครอบครัว			
2.4 ร่วมกันตัดสินใจเรื่องที่สำคัญของครอบครัว เช่น การกู้ยืมเงิน การเรียน การซื้อของสำคัญ เป็นต้น			
2.5 จะพูดคุยกันเองในเรื่องสำคัญของครอบครัว			
2.6 จะพูดคุยกันจนได้ทางออกที่พอใจเมื่อมีปัญหา			
2.7 เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวจะประนีประนอม หรือตกลงกันได้			
2.8 รู้สึกสนิทกับคนนอกบ้านมากกว่า			
2.9 มักจะพูดคุยหรือปรึกษาปัญหากับคนอื่นมากกว่าสมาชิกในครอบครัว			
2.10 ต่างคนต่างทำตามความพอใจของตนเอง			
2.11 ไม่สนใจซึ่งกันและกัน			
2.12 เวลาคิดจะทำอะไรทั้งครอบครัว เป็นเรื่องที่น่าลำบากใจ			
2.13 สมาชิกในครอบครัวไม่กล้าหรือลำบากใจที่จะพูดถึงสิ่งที่อยู่ในใจตนเอง			
2.14 สมาชิกในครอบครัวมักแบ่งพวกมากกว่าจะร่วมกันทำกิจกรรมทั้งครอบครัว			
2.15 เป็นเรื่องยากที่จะเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบ/ข้อตกลงในบ้าน			

3. การแสดงออกซึ่งความรัก และความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา ใจ ระหว่างท่านและสมาชิก ในครอบครัวต่อเด็กโรคไตเรื้อรัง

การแสดงออกซึ่งความรัก และความเอื้ออาทรต่อกัน ทั้งทางกาย วาจา ใจ	ระดับการปฏิบัติ		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	บางครั้ง	เป็นประจำ
สมาชิกในครอบครัว แสดงความรักต่อเด็กโรคไตเรื้อรัง			
3.1 ทางวาจา เช่น ชมเชย หยอกล้อ เล่นด้วย			
3.2 ใช้การสัมผัสทางกาย เช่น ลูบศีรษะ โอบกอด หอมแก้ม สัมผัสอย่างอ่อนโยน			
3.3 ให้สิ่งของ เช่น ให้อาหาร ให้อุปกรณ์			
3.4 สมาชิกในครอบครัว ให้ความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน			
3.5 สมาชิกในครอบครัว ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ด้วยคำพูด หรือการกระทำที่ก่อให้เกิดกำลังใจ			

4. การปฏิบัติหน้าที่และบทบาทที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวในยามที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง

การปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวใน ยามที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง	ระดับการปฏิบัติ		
	ไม่ได้ปฏิบัติ	บางครั้ง	เป็นประจำ
4.1 สมาชิกในครอบครัวรับผิดชอบงานตามหน้าที่ความ รับผิดชอบของตนเองเป็นอย่างดี			
4.2 สมาชิกในครอบครัวร่วมกันรับผิดชอบงานของครอบครัว เช่น ดูแลเด็กป่วยไตเรื้อรัง งานบ้าน			
4.3 สมาชิกในครอบครัว อบรมสั่งสอน ปลูกฝัง และถ่ายทอด ในสิ่งที่ดีงาม			
4.4 สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดกฎระเบียบ หรือข้อตกลงภายในบ้าน			
4.5 กฎของบ้านเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว เช่น กินข้าวเย็นพร้อมกัน หรือจะไปไหนผิดเวลาต้องบอกให้ทราบ เป็นต้น			

การปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัวใน ยามที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง	ระดับการปฏิบัติ		
สมาชิกในครอบครัวของท่าน แก้ปัญหาหรือข้อขัดแย้งภายใน ครอบครัวด้วยวิธีการต่อไปนี้	ไม่ได้ปฏิบัติ	บางครั้ง	เป็นประจำ
4.6 พูดคุยกันด้วยเหตุผล			
4.7 รับฟังความคิดเห็นกัน			
4.8 ทำร้ายร่างกาย ตบตี			
4.9 ได้เตียง ประชด ค่าหอ			

บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ในยามที่มีเด็กโรคไตเรื้อรัง	บทบาท			
	ไม่มี เหตุการณ์นี้	เพศชาย	เพศหญิง	เท่าเทียมกัน
4.8 บทบาทในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว				
4.9 บทบาทในการทำงานบ้าน เลี้ยงลูก				
4.10 บทบาทในการตัดสินใจเรื่อง <u>การดูแลเด็กโรคไตเรื้อรัง</u>				
4.11 บทบาทในการตัดสินใจเรื่อง <u>ค่าใช้จ่ายในครอบครัว</u>				
4.12 บทบาทในการตัดสินใจเรื่อง <u>การศึกษาเล่าเรียน</u>				
4.13 บทบาทในการตัดสินใจเรื่อง <u>การซื้อของสำคัญ</u> เช่น บ้าน รถยนต์ เป็นต้น				
4.14 บทบาทในการตัดสินใจเรื่อง <u>การดูแลสุขภาพอนามัย</u>				

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสการรัตน์ ตั้งจิตถนอม เกิดเมื่อวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2530 กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2551 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2553