

ความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นายณัฐพงศ์ เป็นลาภ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

STRESS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG CAREGIVERS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE
PATIENTS AT DEPARTMENT OF MEDICINE,
KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

Mr. Nuttapong Penlap



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 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดย

นายณัฐพงศ์ เป็นลาภ

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ นายแพทย์ธีรยุทธ รุ่งนรินทร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่่มเรืองวงศ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ นายแพทย์ธีรยุทธ รุ่งนรินทร์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ แพทย์หญิงพัชรพิมพ์ ทาคิชาว่า)

ณัฐพงศ์ เป็นลาภ : ความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (STRESS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG CAREGIVERS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS AT DEPARTMENT OF MEDICINE, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. นพ.ธีรยุทธ รุ่งนรินทร์, 78 หน้า.

เหตุผลของการทำวิจัย : โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้ทั่วโลก ซึ่งการเจ็บป่วยในโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย ไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายหรือทางจิตใจ แต่ยังมีผลกระทบทางลบไปยังสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาหัวข้อนี้เพื่อที่จะนำผลการวิจัย และข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ และทีมสหวิชาชีพได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแล และวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเรื่องของความเครียดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย : เพื่อศึกษาความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวอย่างและวิธีการศึกษา : การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม และมารับบริการตรวจรักษา ณ หน่วยโรคไต แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมถึงผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมทั้งสิ้น 107 ราย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย 2. แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล 3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square, Fisher's exact test, t-test, One-way ANOVA สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา : ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยส่วนใหญ่ไม่มีความเครียดคิดเป็นร้อยละ 55.1 และมีความเครียดร้อยละ 44.9 ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในกลุ่มที่มีความเครียด ส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 38.4 ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความเครียด ได้แก่การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับของผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวของผู้ดูแล สถานภาพสมรส จำนวนยาที่รับประทาน จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย (OR = 5.80, 95% CI = 1.69 – 19.90, P-value < 0.01) การรักษาที่ได้รับโดยการล้างไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไตร่วมกับการทานยา (OR = 4.91, 95% CI = 1.86 – 12.92, P-value < 0.01) และความไม่เพียงพอของรายได้ (OR = 5.49, 95% CI = 1.55 – 19.48, P-value < 0.01)

สรุปผลการศึกษา : ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ในส่วนที่มีความเครียดส่วนใหญ่ก็เป็นเพียงความเครียดในระดับต่ำ และปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่โรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับโดยการล้างไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไตร่วมกับการทานยา และความไม่เพียงพอของรายได้ ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการเป็นแนวทางให้ทุกภาคส่วนได้เห็นความสำคัญของผู้ดูแล และวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถลดความเครียดที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้ต่อไป

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

ปีการศึกษา 2558

5774022030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: STRESS / CAREGIVER / PATIENT WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

NUTTAPONG PENLAP: STRESS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG CAREGIVERS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS AT DEPARTMENT OF MEDICINE, KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL. ADVISOR: TEERAYUTH RUNGNIRUNDORN, M.D., 78 pp.

Background : Chronic kidney disease is globally medical burden in several domains. It causes distress not only in biological and psychological ways of the patients but also has negative impacts on the family members, particularly the caregivers. This study aims to investigate the level of stress and its associated factors in order to use the results as guidelines to make essential plans and to increase the awareness of medical professionals and multi-disciplinary team for helping the caregivers.

Objectives : The objective of this study is to examine stress and its correlated factors of caregivers of chronic kidney disease patients at the Department of Medicine, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Materials and Methods : This study is a cross-sectional descriptive study consisting a total of 107 individuals including patients at the Nephrology Clinic, Outpatient Clinic and Inpatient Wards. The tools and methods used to collect data compose of: 1. Recording form that includes general information of the patients and caregivers; 2. Caregiver Stress Interview; 3. Social support Assessment. Statistics used to analyse data are: percentage, mean, and standard deviation according to Chi-square, Fisher's exact test, *t*-test, One-way ANOVA, Pearson's correlation coefficients and logistic regression analysis.

Results : The results demonstrated that the percentage of caregivers of chronic kidney disease patients without stress was 55.1, and with stress was 44.9. Individuals with stress represented just a mild level of stress accounted for 38.4 percent. The factors contributing to stress were: patient's other diseases, type of current treatment, adequacy of income, marital status, underlying disease of caregiver, number of hour of caregiving service, age and social support of the caregivers; all these with statistical significance ($p < 0.05$). The factors predicting stress were patient's other diseases (OR = 5.80, 95% CI = 1.69 – 19.90, P-value < 0.01), receiving hemodialysis or renal transplantation with medicine (OR = 4.91, 95% CI = 1.86 – 12.92, P-value < 0.01) and inadequacy of income (OR = 5.49, 95% CI = 1.55 – 19.48, P-value < 0.01).

Conclusion : Most of the caregivers were nonstressful, while individuals who had stress met only mild severity. The factors predicting stress were: patient's other diseases, receiving hemodialysis or renal transplantation with medicine and inadequacy of income. The result of this research might be beneficial as guidelines for healthcare providers and multidisciplinary teams to note the importance of caregivers and to create a structural plan for chronic kidney disease patients to decrease stress and promote a healthy lifestyle.

Department: Psychiatry
Field of Study: Mental Health
Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ นายแพทย์ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำ ช่วยเหลือ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดการทำวิจัย และวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณมาอย่างสูงไว้ในโอกาสนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรืองวงษ์ ที่ให้เกียรติเป็นประธาน กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์แพทย์หญิงพัชรพิมพ์ ทาคิซาว่า ที่ให้เกียรติเป็นกรรมการ สอบจากภายนอกมหาวิทยาลัย ที่คอยให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย สนับสนุน ส่งเสริม ให้ผู้วิจัยรู้จักคิดพิจารณาสิ่งต่าง ๆ โดยใช้เหตุผล และให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอโดยตลอด

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ผศ.นพ.พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย และรศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามในการทำวิจัย

ขอขอบคุณดร.ณภัทรวรรต บัวทอง ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และขอขอบคุณบุคลากร ของคลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม, หน่วยโรคไต แผนกอายุรศาสตร์, ดิกธนาคารกสิกรไทย, หอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม ทั้ง 4 หอ ได้แก่ ดิกวชิราวุธ ชั้นล่าง, ดิกหลิมซีลัน ชั้นล่าง, หอผู้ป่วย อายุรศาสตร์ 2 ดิกนวมินทรราชินี ชั้น 9 และหอผู้ป่วยอายุรศาสตร์ 3 ดิกหอผู้ป่วย 14 ชั้น ชั้น 5 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมถึงเจ้าหน้าที่ และเพื่อนๆ ทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่คอยเป็นกำลังใจ และให้การ สนับสนุนในการเรียนมาโดยตลอด

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and rationale).....	1
คำถามการวิจัย (Research Questions).....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives).....	2
สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis).....	2
ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption).....	2
คำสำคัญ (Keywords).....	2
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition).....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Express Benefit and application).....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework).....	4
บทที่ 2.....	5
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
โรคไตเรื้อรัง.....	5
คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง.....	5
การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง ⁽¹⁷⁾	6
สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง ⁽¹⁷⁾	6

การดำเนินของโรคไตเรื้อรัง ⁽¹⁷⁾	8
อาการและอาการแสดง ^(13, 17, 20)	8
หลักการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ^(13, 17, 20)	12
ความเครียด	16
คำจำกัดความของความเครียด	16
สาเหตุของความเครียด	17
สาเหตุความเครียดของผู้ดูแล	17
ระดับของความเครียด	18
ผลกระทบของความเครียด	18
ผู้ดูแล	19
คำจำกัดความผู้ดูแล	19
ประเภทของผู้ดูแล	20
ผลกระทบต่อผู้ดูแล	20
ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	22
บทที่ 3	26
วิธีดำเนินการวิจัย	26
รูปแบบการวิจัย (Research Design)	26
ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)	26
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selective criteria)	26
วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique)	26
การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size calculation)	27
การสังเกตและการวัด (Observational measurement)	27

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	29
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	30
บทที่ 4	31
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	31
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	32
1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	32
1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย.....	33
1.3 คะแนนจากแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) และ คะแนนจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม	36
ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	37
ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความ แตกต่างคะแนนรวมด้วยสถิติ t-test และ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ ด้วยวิธี LSD และ Gabriel.....	40
ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency).....	46
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis	47
บทที่ 5	48
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	48
สรุปผลการวิจัย	48
การอภิปรายผล.....	50
ข้อจำกัดในการทำวิจัย	55

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้	55
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	55
รายการอ้างอิง.....	56
ภาคผนวก	62
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	78



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 : การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามการดำเนินโรค ⁽¹⁷⁾	6
ตารางที่ 2 : ปัจจัยทางคลินิกและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ⁽¹⁸⁾	7
ตารางที่ 3 : คำนียามของปริมาณ Albumin ในปัสสาวะ ⁽¹⁷⁾	12
ตารางที่ 4 : แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 107).....	32
ตารางที่ 5 : แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย (n = 107).....	33
ตารางที่ 6 : แสดงค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) โดยจัดกลุ่มตามคะแนน.....	36
ตารางที่ 7 : แสดงค่าคะแนนของการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามช่วงคะแนน.....	36
ตารางที่ 8 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test.....	37
ตารางที่ 9 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test.....	38
ตารางที่ 10 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square.....	39
ตารางที่ 11 : เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ t-test (N = 107)	40
ตารางที่ 12 : เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ t-test (N = 107).....	41
ตารางที่ 13 : เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ t-test (N = 107).....	42
ตารางที่ 14 : เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD (N = 107).....	43

ตารางที่ 15 : เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Gabriel (N = 107)..... 44

ตารางที่ 16 : เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความเครียดกับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ One-way ANOVA (N = 107)..... 45

ตารางที่ 17 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Correlation Coefficiency) (N = 107) 46

ตารางที่ 18 : แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N=107)..... 47



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and rationale)

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้ทั่วโลก ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังพบว่าสูงขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดโรคไตวาย และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูง โดยในช่วงแรกของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยจะไม่พบอาการที่ผิดปกติจึงไม่ได้มาพบแพทย์ และไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรค และจะเกิดอาการผิดปกติเมื่อมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระยะที่โรคดำเนินไปมากขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังจะมีผลกระทบในหลายระบบ ได้แก่ การทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อาจมีระดับเกลือแร่ในเลือด และระบบต่อมไร้ท่อผิดปกติ ความเสี่ยงของการติดเชื้อ และพิษของยาเพิ่มขึ้น เกิดภาวะช็อค ความแข็งแรงของกระดูกลดลง และกระบวนการคิดและรับรู้แย่งลง ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดอัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น⁽¹⁻⁴⁾

จากการศึกษาความชุกของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย พบว่ามีการรายงานความชุกตั้งแต่ร้อยละ 4.6 ถึง 17.6 โดยมีค่าที่แตกต่างกันออกไปตามกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา และวิธีการประเมินอัตราการกรองของเสียของไต (glomerular filtration rate)⁽⁵⁻¹⁰⁾ เช่น ความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปในกลุ่มข้าราชการภาคพื้นกองทัพอากาศที่มารับการตรวจร่างกายประจำปี ที่กองเวชศาสตร์ป้องกัน กรมแพทย์ทหารอากาศมีความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 4.6 เป็นต้น⁽⁶⁾ และจากการศึกษา เมื่อ พ.ศ.2553 ซึ่งสุ่มตรวจประชากรในชุมชน จำนวน 3,459 ราย (Screening and Early Evaluation of Kidney Disease Thai-SEEK project) พบความชุกของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1 ร้อยละ 3.3, ระยะที่ 2 ร้อยละ 5.6, ระยะที่ 3 ร้อยละ 7.5, ระยะที่ 4 ร้อยละ 0.8, ระยะที่ 5 ร้อยละ 0.3 และรวมความชุกของโรคไตเรื้อรังทั้งหมดร้อยละ 17.5 ซึ่งในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าเป็นตัวเองเกิดโรคไตเรื้อรัง⁽¹¹⁾

จากการเจ็บป่วยในโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อไปยังครอบครัวของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตัวเองได้ นั่นคือไม่สามารถดูแลตัวเองได้ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้ ไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพ เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว และการทำตามบทบาททางสังคมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้ จึงต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความเครียดทั้งตัวผู้ป่วยเอง และสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยที่สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ขณะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือเพื่อพาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้ง อย่างเช่นการล้างไต เป็นต้น ทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีรายได้ลดลง เนื่องจากจะต้องลางาน หรือในบางรายต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย และในบางรายต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน พร้อมกับทำงานบ้านเอง และยังคงต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยด้วยเช่นกัน จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเกิดภาวะเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ และเห็นความสำคัญในการศึกษาในหัวข้อนี้ เพื่อที่จะนำผลการวิจัย และข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ และทีมสหวิชาชีพได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลและวางแผนช่วยเหลือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถลดความเครียดที่เกิดขึ้น และมีสุขภาพดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน สามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

1. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีปัจจัยอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

ไม่มี

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษา โดยเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษา ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทั้งแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

คำสำคัญ (Keywords)

ผู้ดูแล โรคไตเรื้อรัง ความเครียด

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง หมายถึง บุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลหลัก และเป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือเป็นญาติที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างสม่ำเสมอ โดยที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัล ใดๆ ใด

2. โรคไตเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีการทำลายไตนานกว่า 3 เดือน ส่งผลให้ไตทำงานผิดปกติ ซึ่งทราบ ได้จากการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ เอกซเรย์ หรือตรวจพยาธิสภาพของชิ้นเนื้อไต โดยที่ภาวะอัตรา การกรองของเสียหรือ GFR ลดลง คือต่ำกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ในการศึกษา นี้ จะใช้ตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่า Chronic kidney disease (CKD) หรือ End-stage renal disease (ESRD)

3. ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังว่าถูกคุกคาม รู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจ หรือเป็นอันตรายจากสถานการณ์ต่าง ๆ จนส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตในประจำวัน ในการศึกษา นี้ผู้ที่มีความเครียด หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป จากการประเมิน ด้วยแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview)⁽¹²⁾

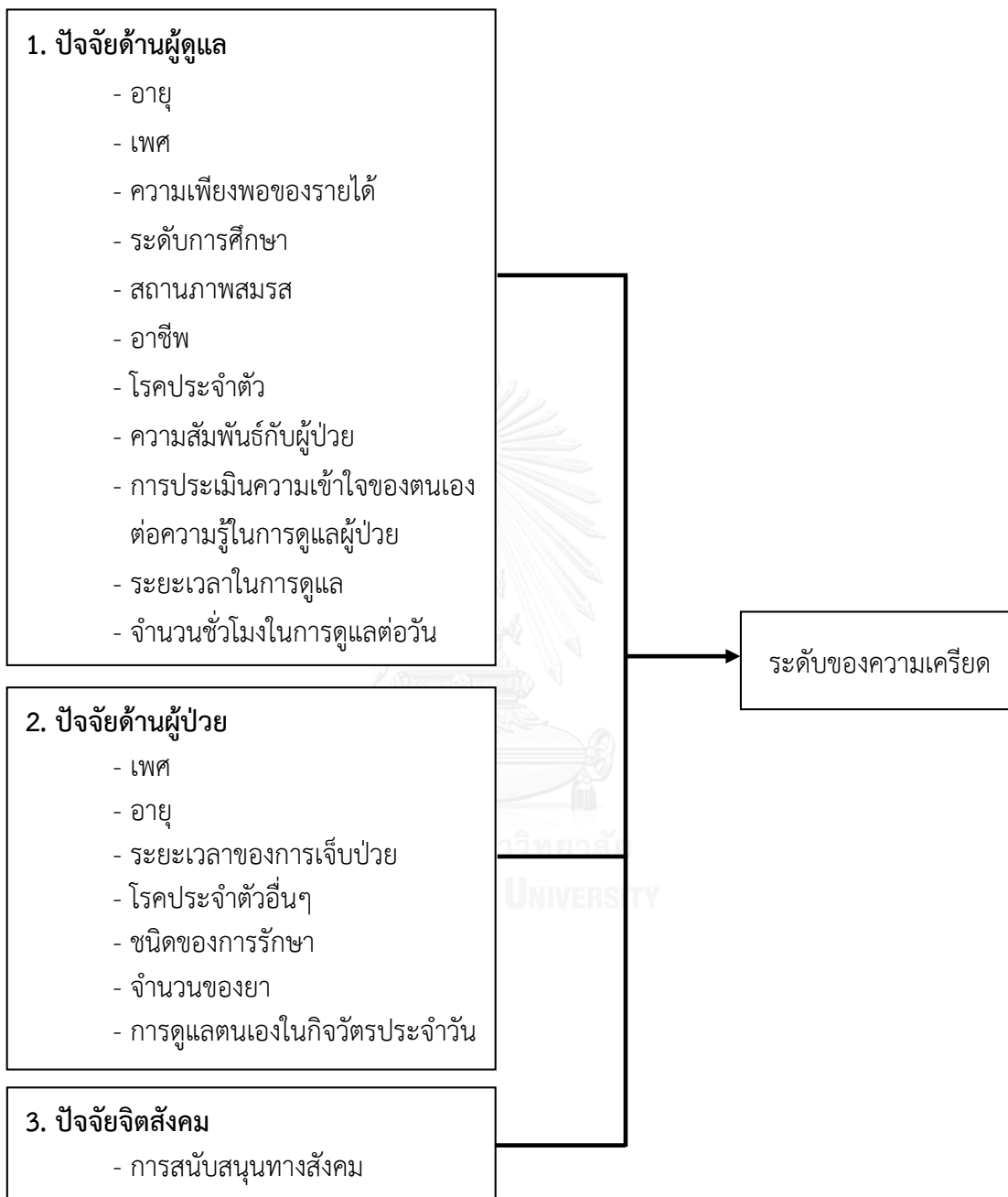
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Express Benefit and application)

ได้ทราบถึงระดับความเครียด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มาเข้ารับการรักษา ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาป้องกัน และแก้ไข ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

ตัวแปรต้น (independent variables)

ตัวแปรตาม (dependent variables)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้

1. โรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย
 - คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง
 - การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง
 - สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง
 - การดำเนินของโรคไตเรื้อรัง
 - อาการและอาการแสดง
 - หลักการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
2. ความเครียด ประกอบด้วย
 - คำจำกัดความของความเครียด
 - สาเหตุของความเครียด
 - สาเหตุความเครียดของผู้ดูแล
 - ระดับของความเครียด
 - ผลกระทบของความเครียด
3. ผู้ดูแล ประกอบด้วย
 - คำจำกัดความของผู้ดูแล
 - ประเภทของผู้ดูแล
 - ผลกระทบต่อผู้ดูแล
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

โรคไตเรื้อรัง

คำจำกัดความของโรคไตเรื้อรัง

National Kidney Foundation, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI) ของสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำให้ใช้คำว่าโรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) แทนคำว่าโรคไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure, CRF) อย่างที่ใช้กันมานาน เพื่อให้ผู้ป่วยและประชาชนได้เข้าใจกันได้ง่ายขึ้น รวมทั้งครอบคลุมถึงผู้ป่วยโรคไตที่มีโอกาสเกิดการเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แม้ว่าผู้ป่วยยังคงมีการทำงานของไตปกติอยู่⁽¹³⁾ หลังจากนั้นได้มีการเปลี่ยนแปลงคำจำกัดความของโรคไตเรื้อรังเพียงเล็กน้อย โดยคณะกรรมการของกลุ่ม Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) จำนวน 3 ครั้ง เมื่อปีพ.ศ. 2548, 2554^(14, 15) และล่าสุดในปีพ.ศ.2555⁽¹⁶⁾ โดยให้การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติทางโครงสร้าง (structure) หรือหน้าที่

(function) ของไตนานกว่า 3 เดือน ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพ โดยพิจารณาจากการพบข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1. การที่มีร่องรอยว่าไตผิดปกติ (kidney damage) นานเกิน 3 เดือน โดยตรวจพบความผิดปกติ ต่อไปนี้ตั้งแต่หนึ่งอย่างขึ้นไป ได้แก่ปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะ (albuminuria) ≥ 30 มก./24 ชั่วโมง หรืออัตราส่วนอัลบูมินต่อครีเอตินิน (albumin creatinine ratio) ≥ 30 มก./ก. (≥ 3 มก./มิลลิโมล) พบความผิดปกติของการตรวจตะกอนปัสสาวะ (urine sediment abnormalities), มีความผิดปกติของเกลือแร่ หรือสิ่งอื่น ๆ พบพยาธิสภาพหรือความผิดปกติของเนื้อเยื่อไต (histology) มีความผิดปกติของโครงสร้างไต ที่พบจากการตรวจรังสีวิทยา (imaging) และผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation)

2. การที่มี GFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ม² (พื้นที่ผิว body surface area, BSA) เป็นระยะเวลา นานกว่า 3 เดือนขึ้นไป⁽¹¹⁾

การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรัง⁽¹⁷⁾

การจำแนกระยะของโรคไตเรื้อรังจำแนกเป็น 5 ระยะตามความรุนแรงของไต โดยจำแนกจากการใช้ การตรวจปัสสาวะ เพื่อตรวจหาอัลบูมินหรือโปรตีนในปัสสาวะ หรือวัดระดับครีเอตินินในเลือด และนำมา คำนวณหาค่าการทำงานของไต

ตารางที่ 1 : การแบ่งระยะของโรคไตเรื้อรังตามการดำเนินโรค⁽¹⁷⁾

ระยะ	อัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	Terms
G1	≥ 90	การทำงานของไตปกติหรือสูง
G2	60 – 89	การทำงานของไตลดลงเล็กน้อย
G3a	45 – 59	การทำงานของไตลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง
G3b	30 – 44	การทำงานของไตลดลงปานกลางถึงมาก
G4	15 – 29	การทำงานของไตลดลงมาก
G5	≤ 15	ไตวายหรือโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

ทั้งระยะ G1 และ G2 ยังไม่ครอบคลุมเกณฑ์การวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง ถ้าไม่มีภาวะที่แสดงถึงการบาดเจ็บของไต (kidney injury)

สาเหตุของโรคไตเรื้อรัง⁽¹⁷⁾

สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของโรคไตเรื้อรัง คือเบาหวาน รองลงมาคือความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบเรื้อรัง (chronic glomerulonephritis) อาทิเช่น โรคไตอักเสบชนิด IgA (IgA nephropathy) โรคไตอักเสบลูปัส (lupus nephritis) โรคไตอักเสบตามหลังการติดเชื้อ (post-infections glomerulonephritis) โรคไตอักเสบชนิด membranous (membranous nephropathy) หรือโรคไตอักเสบชนิด focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) นอกจากนี้

ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย ส่วนหนึ่งเกิดจากนิ่วในไต โดยเฉพาะประชากรในแถบภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเกิดจากการใช้ยา แก้วปวดกลุ่ม nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) เป็นระยะเวลานานทำให้เกิด analgesic nephropathy ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ ทำให้มีปริมาณเลือดไปเลี้ยงไตลดลงเกิดภาวะ ischemic nephropathy ภาวะอุดตันที่ท่อไตทั้งสองข้างจากนิ่วในท่อปัสสาวะ หรือภาวะอุดตันในทางเดินปัสสาวะ จากต่อมลูกหมากโต มีเพียงส่วนน้อยที่เกิดจากโรคไตเรื้อรังจากโรคถุงน้ำในไต (polycystic kidney disease) ซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรม

ตารางที่ 2 : ปัจจัยทางคลินิกและสิ่งแวดลอมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง⁽¹⁸⁾

ปัจจัยทางคลินิก (Clinical Factors)	ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดลอม (Sociodemographic Factors)
<ul style="list-style-type: none"> - เบาหวาน - ความดันโลหิตสูง - โรคภูมิแพ้ตนเอง (Autoimmune disease) - การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ - การติดเชื้อระบบอื่น ๆ ในร่างกาย - นิ่วระบบทางเดินปัสสาวะ - การอุดกั้นทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง - มะเร็ง - ประวัติโรคไตเรื้อรังในครอบครัว - ภายหลังภาวะไตวายเฉียบพลัน - ขนาดมวลไตลดลง - ได้รับสารหรือยาที่ทำลายไต - น้ำหนักแรกคลอดต่ำ 	<ul style="list-style-type: none"> - อายุมาก - กลุ่มเชื้อชาติส่วนน้อยในสหรัฐอเมริกา ได้แก่ African American, American Indian, Hispanic, Asian หรือ Pacific islander - การได้รับสารเคมีหรืออยู่ในสิ่งแวดลอมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังบางชนิด - ฐานะยากจน / การศึกษาต่ำ

ปัจจัยที่อาจสนับสนุนให้เกิดโรคไตเรื้อรังที่มีหลักฐานสนับสนุน⁽¹⁹⁾ เช่น

- โรคอ้วน เชื่อกันว่าโรคอ้วน และ metabolic syndrome ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับเบาหวานหรือไม่ก็ตาม และจะเกี่ยวข้องกับการมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม อาจเกี่ยวข้องกับการมี endothelial damage และอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไตเรื้อรังได้ง่ายขึ้น

- โรค periodontal disease เป็นโรคติดเชื้อชนิดหนึ่ง ปัจจุบันพบว่ามีความสัมพันธ์ในเชิงสถิติกับการเกิดโรคไตเรื้อรัง

- ผู้ที่มีน้ำหนักแรกคลอดต่ำ มักจะมีจำนวนเนฟรอนน้อยกว่าผู้ที่มีการคลอดปกติ ซึ่งอาจมีความสำคัญกับการมีค่า eGFR ต่ำกว่าเกณฑ์ได้

- ความผิดปกติทางพันธุกรรมบางอย่าง เช่น การมียีนส์ MYH9 non-muscle myosin heavy chain T2 isoform A บนโครโมโซม 22q12 มีความสัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรังที่เกิดจาก idiopathic focal glomerular sclerosis, HIV-associated nephropathy (HIVAN) โรคไตจากความดันโลหิตสูง ในคนที่มีเชื้อสาย African American

การดำเนินของโรคไตเรื้อรัง⁽¹⁷⁾

เมื่อมีการสูญเสียการทำงานของหน่วยไต หน่วยไตที่เหลืออยู่จะมีการปรับตัวโดยมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งโครงสร้าง และหน้าที่เพื่อเพิ่มอัตราการกรองของหน่วยไตภาพรวมมากขึ้นเรียกว่า adaptive hyperfiltration ทำให้ร่างกายสามารถรักษาระดับของโซเดียม โปแตสเซียม แคลเซียม ฟอสเฟตในเลือด และปริมาณสารน้ำในร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หน่วยไตส่วนที่เหลือนี้จะมีการสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มภายในเซลล์ (compensatory hypertrophy) ภายใน 24 ชั่วโมง โดยจะมีระดับสูง (peak) ในระยะเวลา 2 – 3 วันแรก หลังจากนั้นจะถึงระดับคงที่ (steady state) ที่ระยะเวลาประมาณ 21 วัน ในบางรายอาจสามารถ ปรับตัวได้มากเกือบเท่าภาวะปกติ การปรับตัวดังกล่าวมีประโยชน์ในช่วงแรก แต่อาจก่อให้เกิดพยาธิสภาพ ต่อโกลเมอรูลัส (glomerulus) ที่เหลือได้ คือมีการเพิ่มขึ้นของ single nephron glomerular filtration rate (SNGFR) ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงที่ glomerular barrier ทำให้มีโปรตีนรั่วออกมาในปัสสาวะ (glomerular proteinuria) โดยเชื่อว่าสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของสารแองจิโอเทนซินทู (angiotensin II)

อาการและอาการแสดง^(13, 17, 20)

อาการและอาการแสดงของโรคไตเรื้อรัง ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดโรค และระยะการดำเนินของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะแรก คือระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หรืออาการแสดงใด ๆ ส่วนมากจะมีอาการ อาการแสดงของความผิดปกติเมื่อโรคไตเรื้อรังมีความรุนแรงมากขึ้น และจะเริ่มชัดเจนในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 4 ซึ่งได้แก่ปัสสาวะบ่อยช่วงกลางคืน (nocturia) ปริมาณปัสสาวะมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน (polyuria) หรือน้อยกว่า 400 มิลลิลิตรต่อวัน (oliguria) หรือปริมาณปัสสาวะน้อยมาก น้อยกว่า 50 มิลลิลิตรต่อวัน (anuria) มีภาวะความดันโลหิตสูง อาการบวม และปัสสาวะเป็นฟองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เกิดจากโรคไตอักเสบ หรืออาจมาด้วยปัญหาที่มีเลือดออก หรือ มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 อาจมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียง่าย จากภาวะโลหิตจาง เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน บางรายอาจมีอาการทางระบบประสาท เช่น ความจำเสื่อมลง การตอบสนองช้าลง หรือมีอาการปวดตามกระดูกจากโรคความผิดปกติของกระดูกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (renal osteodystrophy)

ความผิดปกติในการรักษาสมดุลของสารน้ำ เกลือแร่ และความเป็นกรด-ด่าง

ความผิดปกติในการควบคุมสารน้ำ

เมื่อระดับการทำงานของไตลดลงจนเริ่มส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้น เนื่องจากท่อไตไม่สามารถดูดซึมน้ำกลับได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ความเข้มข้นของปัสสาวะมีความเจือจาง ผู้ป่วยจึงมักมีอาการปัสสาวะบ่อยช่วงกลางคืน หรือมีปริมาณปัสสาวะในแต่ละวันมากผิดปกติ

และเมื่อการทำงานของไตลดลงจนไตไม่สามารถขับน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายได้ เนื่องจากไม่สามารถเจือจางให้ ปัสสาวะมีความเข้มข้นที่ต่ำกว่า 300 – 350 mosm/กก.น้ำ ร่วมกับมีอัตราการกรองและ tubular flow ต่ำเกินไป เรียกระดับค่า urine osmolarity ที่เท่ากับระดับความเข้มข้นของค่า plasma osmolarity ว่า sotheuria นอกจากนี้ยังพบว่าการลดการตอบสนองของท่อไตส่วนปลาย (collecting duct) ที่มีต่อฮอร์โมน วาโสเพรสซิน (vasopressin) เป็นอีกกลไกหนึ่งที่ทำให้เกิดความผิดปกติในการควบคุมสารน้ำเช่นกัน

ความผิดปกติในการควบคุมโซเดียม

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูดซึมกลับของเกลือโซเดียมที่ท่อไต และมี ปริมาณ tubular flow rate ที่ลดลงตามความรุนแรงของภาวะไตเรื้อรัง ดังนั้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจึงควรต้องจำกัดการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือหรือโซเดียมในปริมาณที่พอเหมาะ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมที่มากเกินไปเกินกว่าความสามารถของไตจะขับออกได้ จะเกิดภาวะน้ำเกิน และบวมน้ำตามมา อาจรุนแรงทำให้เกิดภาวะน้ำคั่ง ปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) ในทางกลับกัน การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมน้อยเกินไป (low sodium intake) จะทำให้เกิดภาวะไตวายฉับพลันซ้ำเติมภาวะไตเรื้อรังได้ เพราะเมื่อไตมีความสามารถในการดูดซึมกลับน้อยลงในกรณีนี้จะทำให้มีการสูญเสียเกลือ (salt losing) และเกิดภาวะร่างกายขาดน้ำได้

ความผิดปกติในการควบคุมโปแตสเซียม

เมื่อมีการทำงานของไตลดลง จนไตไม่สามารถขับโปแตสเซียมออกจากร่างกายได้เพียงพอ เนื่องจากการขับโปแตสเซียมทางไตขึ้นอยู่กับปริมาณของโซเดียมที่ส่งผ่านมาถึงท่อไตส่วนปลาย เพราะฉะนั้นเมื่อน้ำที่ของไตลดลง การขับโซเดียมและส่งผ่านมาบริเวณท่อไตส่วนปลายได้ลดลง จึงไม่เพียงพอให้เกิดการแลกเปลี่ยนอนุภาคโมเลกุลกับโปแตสเซียม ทำให้เกิดภาวะระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงในที่สุด นอกจากนี้ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงอาจเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมในปริมาณสูง การสลายของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น ภาวะความเป็นกรดในเลือด และภาวะความผิดปกติในการขับกรดของท่อไต (type IV renal tubular acidosis; RTA) ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีการอุดตันในระบบทางเดินปัสสาวะ หรือมีภาวะ hypoadosteronism จากการได้รับยา ACEI หรือ ARB

ความผิดปกติในการรักษาสมดุลกรด-ด่าง

ในภาวะปกติไตมีความสามารถในการขับกรดซัลฟิวริกที่ได้จากกระบวนการเมแทบอลิซึมของกรดอะมิโนที่มีส่วนประกอบของซัลเฟอร์ (sulfur-containing amino acid) ได้ปริมาณเฉลี่ยวันละ 1 mEq/กก./วัน โดยผ่านกระบวนการสร้างสารแอมโมเนียที่หน่วยไต ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ G3 จะมีค่าไบคาร์บอเนตในเลือด (serum bicarbonate) ต่ำร่วมกับมี normal anion gap ได้ เนื่องจากไตยังสามารถขับ anion ได้ ขณะที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะท้าย (ระยะ G4 และ G5) จะมีค่าไบคาร์บอเนตในเลือดต่ำ ร่วมกับมี high anion gap metabolic acidosis เนื่องจากไตไม่สามารถขับฟอสเฟต ซัลเฟต และ anion ของกรดอินทรีย์ (organic acid) ได้

ภาวะโลหิตจาง

ภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เกิดได้จาก 4 สาเหตุหลัก ได้แก่ 1. มีการสูญเสียเม็ดเลือดแดงจากสาเหตุต่าง ๆ เช่นภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารจากภาวะยูรีเมีย (uremic gastritis) หรือเกิดภาวะเม็ดเลือดแดงแตกง่าย (hemolysis) จากภาวะยูรีเมีย เป็นต้น 2. มีการสร้างสารอิริโทรพอยอิติน (erythropoietin) จากไตลดลง โดยเริ่มพบภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่วัยที่ 3 ทั้งนี้ลักษณะรูปร่างของเม็ดเลือดแดงจะมีขนาด และการติดสีปกติ (normocytic และ normochromic) ซึ่งใช้แยกจากภาวะโลหิตจางจากภาวะเลือดออกที่มักมีขนาดของเม็ดเลือดแดงเล็กกว่าปกติ (microcytic) 3. การลดลงของแร่ธาตุที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง ได้แก่ธาตุเหล็ก (iron) และกรดโฟลิก (folic acid) เป็นต้น 4. มีภาวะธาตุอะลูมิเนียมเกินในร่างกาย (aluminium toxicity) มักเกิดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่รับประทานยาอะลูมิเนียมไฮดรอกไซด์ต่อเนื่องเป็นเวลานาน เพื่อจับกับสารฟอสเฟตในอาหาร หรือเกิดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะรับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้รับธาตุอะลูมิเนียมที่ปนเปื้อนจากการฟอกเลือด โดยธาตุอะลูมิเนียมที่สูงผิดปกติในร่างกายจะไปยับยั้งกระบวนการสร้างฮีโม (heme synthesis) ซึ่งเป็นสารตั้งต้นที่สำคัญในการสร้างเม็ดเลือดแดง

ความผิดปกติทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นผลมาจากการคั่งของสารน้ำ และเกลือแร่ในร่างกาย หรือจากการกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (renin-angiotensin system) ในร่างกาย บางรายอาจเกิดจากการมีการใช้ยาบางชนิด เช่นสเตียรอยด์ หรือ cyclosporine ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นได้ทั้งสาเหตุ และผลจากการเกิดโรคไตเรื้อรัง

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผลมาจากภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก อย่างไรก็ตามภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเกิดจากคั่งของสารยูรีเมียในร่างกาย จนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจสูญเสียความสามารถในการบีบตัว ทำให้เกิด low pressure pulmonary edema ได้

ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะรับการรักษาบำบัดทดแทนไต ซึ่งเป็นผลมาจากการคั่งของสารยูรีเมียในร่างกาย ในรายที่รุนแรงอาจเกิดการสะสมของน้ำในช่องว่างระหว่างเยื่อหุ้มหัวใจ จนเกิดเป็น cardiac tamponade ได้

ภาวะห้องหัวใจโต มักเกิดเป็นลักษณะห้องหัวใจด้านซ้ายโต (left ventricular hypertrophy) จำแนกได้ 2 ลักษณะ คือชนิด concentric ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะความดันโลหิตสูง และชนิด eccentric ซึ่งเกิดจากภาวะน้ำเกินในร่างกายเป็นระยะเวลานาน (volume overload) หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจาง

ความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม

ความผิดปกติของฮอร์โมนเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์ โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีระดับ total T4, free T4 และ T3 ลดลง มีระดับ thyroid-stimulating hormone (TSH) เป็นปกติ มีระดับของ thyroid hormone-binding globulin และ thyrotropin-releasing hormone (TRH) stimulation test เป็นปกติหรือลดลงเล็กน้อย ซึ่งมีลักษณะโดยรวมเข้าได้กับภาวะ sick euthyroid syndrome

ความผิดปกติของฮอร์โมนเพศ ในเพศชายพบมีระดับ free testosterone, dihydrotestosterone และ androgen ลดลง ในขณะที่ในเพศหญิงมีการเพิ่มขึ้นของ luteinizing hormone (LH) และ follicle-stimulating hormone (FSH) ร่วมกับมีระดับของ estrogen ลดลง และมีการเสียสมดุลของ LH pulsatile และ LH surge ทำให้เกิดภาวะไข่ไม่ตก (anovulation)

ความผิดปกติของ growth hormone (GH) พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีการต่อการออกฤทธิ์ของ GH (GH resistance) เพราะมีการเพิ่มขึ้นของ insulin growth factor-binding protein ดังนั้นจะพบว่าหากเกิดภาวะไตเรื้อรังตั้งแต่อยู่ในเด็กหรือวัยรุ่น จะส่งผลการเจริญเติบโตโดยผู้ป่วยมักตัวเตี้ย และมีพัฒนาการทางร่างกายเข้าสู่วัยรุ่นช้า ซึ่งพบได้ในวัยรุ่นที่มีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายถึงสองในสาม

ความผิดปกติของอินซูลิน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น เมื่อการทำงานของไตลดลงจนอัตราการขจัดอินซูลินจะลดลงอย่างมาก ร่วมกับมีกระบวนการเมแทบอลิซึมทำลายอินซูลินที่ต่ำลงจากผลของภาวะยูรีเมีย หรือผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย จึงทำให้พบการเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ได้บ่อย

ความผิดปกติของระบบผิวหนัง โรคไตเรื้อรังจะมีการคั่งของสารยูรีเมีย ทำให้เกิด uremic frost จากความเข้มข้นของยูเรียในเลือดมาก เรียกอากการคันตามตัวในโรคไตเรื้อรังว่า uremic pruritus ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา

ความผิดปกติของระบบกระดูก ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูก เรียกว่าความผิดปกติของกระดูกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (renal osteodystrophy) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางเมแทบอลิซึมของเกลือแร่ และโครงสร้างของกระดูก สามารถเกิดได้ตั้งแต่วัยแรกของโรคไต และมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้นตามระยะของโรคไตเรื้อรัง หรืออาจเป็นผลจากการรักษา เช่น การได้รับวิตามินดี หรือเกิดจากการขับฟอสฟอรัสทางไตลดลง ทำให้มีการคั่งของฟอสเฟตในร่างกาย หรือมีภาวะร่างกายขาดสาร calcidiol หรือ 25-hydroxyvitamin D และมีระดับของฮอร์โมนพาราไทรอยด์ในเลือดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดกระดูก เดินได้ลำบาก หรือโครงสร้างของกระดูกผิดรูปร่างได้

ตารางที่ 3 : คำนิยามของปริมาณ Albumin ในปัสสาวะ⁽¹⁷⁾

ระยะ	อัตราการขับอัลบูมิน (albumin excretion rate, AER) (mg/24 hours)	อัตราส่วนอัลบูมินต่อครีตินิน (albumin to creatinine ration, ACR)		Terms
		(mg/mmol)	(mg/g)	
A1	< 30	< 3	< 30	Normal to mildly increased
A2	30-300	3-30	30-300	Moderately increased
A3	> 300	> 30	> 300	Severely increased*

* รวมถึงภาวะเนฟโรติก (nephrotic syndrome) ที่มีอัตราการขับอัลบูมินมากกว่า 2,200 มิลลิกรัม/วัน หรือเทียบเท่ากับอัตราส่วนอัลบูมินต่อครีตินินมากกว่า 2,200 มิลลิกรัม/กรัม เป็นการแบ่งระยะตามความรุนแรงของปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะตามอัตราส่วนอัลบูมินต่อครีตินิน

หลักการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง^(13, 17, 20)

การค้นหาสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง เป็นการค้นหาจากการซักประวัติ และตรวจร่างกาย รวมถึงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยแยกโรค ถ้ามีการพบสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ จะมีการให้การแก้ไข หรือรักษาทันที เพื่อป้องกันการสูญเสียหน้าที่การทำงานของไตถาวร

การดูแลและรักษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต วัตถุประสงค์สำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือการชะลอไม่ให้ไตเสื่อมให้ได้นานที่สุด ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรได้รับการประเมินหาสาเหตุของภาวะไตวายเฉียบพลันที่เกิดร่วมกับภาวะไตเรื้อรังทุกครั้งที่การทำงานของไตลดลงอย่างผิดปกติ ได้แก่ภาวะการขาดเลือดของไต หรือเลือดไปเลี้ยงไตน้อย จากสาเหตุต่าง ๆ เช่นท้องเสียรุนแรง การไชยขับปัสสาวะ ภาวะเลือดออก ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และการใช้ยาที่มีผล ทำให้อัตราการกรองไตลดลงโดยเฉพาะยากุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หรือยากุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการใช้ยาและสารที่ส่งผลเสียต่อไต (nephrotoxic drugs) เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่ม aminoglycosides และสารทึบรังสี (contrast media agent)

การดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเป็นการรักษาที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความดันโลหิตสูง ควรได้รับยาลดความดันโลหิต เพื่อชะลอการเสื่อมของไต การลดระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ และในการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน และไม่มีโรคเบาหวาน ร่วมกับมีระดับอัลบูมินในปัสสาวะเล็กน้อยหรือเป็นปกติ แนะนำให้มีเป้าหมายควบคุมระดับความดันโลหิต 140/90 มม.ปรอท และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังแนะนำให้มีเป้าหมายควบคุมระดับความดันโลหิต ≤130/80 มม.ปรอท และผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรังแนะนำให้เป้าหมายการรักษาตามแต่ละบุคคล (individual target approach) โดยอาจพิจารณาให้มีเป้าหมายควบคุมระดับความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 80 ปี รวมถึงผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะความ

ดันโลหิตสูงร่วม จะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (life-style modification) เพื่อควบคุมความดันโลหิต โดยให้ผลในการรักษาที่ดี ถ้าทำได้อย่างมีประสิทธิภาพใช้ร่วมด้วยเสมอในการรักษาผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง ข้อดีของการรักษาด้วยวิธีนี้ คือไม่พบผลข้างเคียงจากการใช้ยา และไม่จำเป็นต้องตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่การควบคุมน้ำหนักให้ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กก./ตร.ม. การออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที 4 – 5 วัน/สัปดาห์ การจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อควบคุมความดันโลหิต หรือ dietary approach to stop hypertension (DASH) สำหรับการเลือกใช้ยาลดความดันโลหิตขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ของยาแต่ละชนิดตามกลุ่มอาการของโรค โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น ยาลดความดันโลหิตสูงได้แก่ยาในกลุ่ม angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) หรือ angiotensin II receptor blockers (ARBs) โดยที่ยาทั้งสองกลุ่มนี้สามารถลดการรื้อของโปรตีนในปัสสาวะ และช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ ทั้งในผู้ป่วยโรคไตที่เกิดจากโรคเบาหวาน และไม่เกิดจากโรคเบาหวาน การให้ยาทั้งสองกลุ่มนี้ จะต้องมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของ GFR และระดับโปแตสเซียมในเลือดเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 1 – 2 เดือนแรก หากมีการลดลงของ GFR มากกว่าร้อยละ 30 หรือระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงกว่า 5.5 mEq/L ให้หยุดยา และยาทั้งสองกลุ่มนี้ไม่ให้ใช้ในภาวะตั้งครรภ์ ภาวะหลอดเลือดแดงของไตตีบทั้งสองข้าง หรือเคยมีประวัติแพ้ยาในกลุ่มนี้รุนแรง

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การดูแลรักษาระดับน้ำตาลอย่างเคร่งครัด (tight control) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 พบว่าช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การเสียชีวิต รวมทั้งช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ โดยคำแนะนำของ KDIGO ในปี พ.ศ.2555 แนะนำเป้าหมายของระดับ HbA1C ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ระดับประมาณร้อยละ 7 โดยหากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) แนะนำเป้าหมายของระดับ HbA1C ที่ระดับไม่ควรน้อยกว่าร้อยละ 7

ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า การได้รับยาลดไขมันในเลือดสามารถลดอุบัติการณ์ครั้งแรกของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง หรือการผ่าตัดหลอดเลือด ส่วนปลายลงร้อยละ 17 แต่ไม่มีผลในการชะลอความเสื่อมของหน้าที่ของไต โดยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต้องลดการรับประทานไขมันสูงร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และใช้ยาลดไขมันร่วมด้วย ถ้ายังไม่สามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการ

การควบคุมระดับแคลเซียม ฟอสเฟต และฮอโมนพาราไทรอยด์ ในปี พ.ศ.2552 KDIGO ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุม และการรักษาภาวะสมดุลแคลเซียม และฟอสเฟตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ดังนี้ รักษาระดับแคลเซียม และระดับฟอสเฟตในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ยังไม่ทราบระดับเป้าหมายของฮอโมนพาราไทรอยด์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 – 5 ที่ยังไม่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไตว่าควรจะเป็นเท่าใด แต่ควรตรวจหาภาวะระดับฟอสเฟตในเลือดสูง (hyperphosphatemia) ภาวะระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ (hypocalcemia) และภาวะร่างกายวิตามินดี (vitamin D deficiency)

การรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะยูรีเมีย

ความผิดปกติของสารน้ำและเกลือแร่ เนื่องจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะมีความสามารถในการขับน้ำ เกลือแร่ และสาร solute ต่าง ๆ ออกจากร่างกายในปริมาณที่จำกัด จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการควบคุมปริมาณน้ำ เกลือแร่ และสารโซลูทในแต่ละวัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำเกิน หรือสมดุลเกลือแร่ผิดปกติ ภาวะระดับโปแตสเซียมสูงในเลือดเป็นความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ที่ควรระวังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูงจะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีปัสสาวะออกปริมาณน้อยลงกว่าปกติ ร่างกายตอบสนองต่อฮอร์โมน aldosterone ได้ไม่ดี หรือผู้ป่วยรับประทานยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ aldosterone เช่น ACEIs หรือ ARBs เป็นต้น ดังนั้นควรระมัดระวังการให้ยาในกลุ่มดังกล่าวแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่ถ้ามีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาดังกล่าว ควรให้ยากลุ่มเรซินขับโปแตสเซียม (calcium polystyrene sulfonate) ร่วมด้วยเสมอ รวมทั้งแนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมขนาดต่ำ และหลีกเลี่ยงยาที่มีผลเพิ่มระดับโปแตสเซียมอื่น ๆ ได้แก่ยากลุ่ม β -blockers, spironolactone และยากลุ่ม non steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs)

ความผิดปกติของสมดุลกรด – ด่างในร่างกาย การควบคุมหรือลดการสร้างกรด ซึ่งสามารถทำได้ 2 ประการ ได้แก่การลดการรับประทานอาหารจำพวกโปรตีน หรือการให้สารที่เป็นด่างทดแทน เป็นต้น ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ควรรับประทานสารอาหารโปรตีนในแต่ละวัน (dietary protein intake, DPI) ไม่เกิน 0.6 ก./กก./วัน และมากกว่าร้อยละ 50 ควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (high biologic value, HBV) ได้แก่ เนื้อปลา ไข่ขาว เป็นต้น และสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ยังไม่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ควรรับประทานสารอาหารโปรตีนในแต่ละวัน ไม่เกิน 0.4 – 0.5 ก./กก./วัน ทั้งนี้อาจให้ keto acid เสริมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และระยะที่ 5 ที่ยังไม่ได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต เช่นเดียวกับในผู้ป่วยที่รับประทานโปรตีนต่ำมาก (very-low protein diet) หรือสารอาหารโปรตีน 0.3 – 0.4 ก./กก./วัน ก็ควรให้ keto acid เช่นกัน เพื่อให้มีสารอาหารที่เพียงพอ ส่วนการให้สารที่เป็นด่างทดแทน ได้แก่ การให้โซเดียมไบคาร์บอเนต เพื่อควบคุมให้ไบคาร์บอเนต (HCO_3) ในเลือดอยู่ที่ระดับ 22 – 24 mEq/l. จะทำให้ลดการเกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) จากกระบวนการ bone buffer

ภาวะโลหิตจาง (anemia) ภาวะโลหิตจางในโรคไตเรื้อรังนั้นเกิดจากการสร้างสารอิริโทรพอยอิติน (erythropoietin) จากไตลดลงร่วมกับอายุขัยของเม็ดเลือดแดงสั้นลงในภาวะไตเรื้อรัง การรักษาประกอบด้วยการให้เหล็กในรูปแบบรับประทาน หรือทางหลอดเลือดดำ เมื่อตรวจพบว่ามีความโลหิตจางจากการขาดเหล็ก ร่วมกับการให้ยากลุ่มรีคอมบิแนนท์ อิริโทรพอยอิติน (recombinant erythropoietin) เพื่อรักษาระดับฮีโมโกลบิน

เฝาระวังและป้องกันปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) ที่ทำให้โรคไตเรื้อรังแย่ลง การควบคุมปัจจัยกระตุ้น (precipitating factor) จะทำให้การเสื่อมของไตช้าลงได้ พบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือภาวะความดันโลหิตสูง การควบคุมให้ระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายจะสามารถควบคุมการดำเนินโรคไตเรื้อรังได้ดีที่สุด

การส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้อายุรแพทย์โรคไต การส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้อายุรแพทย์โรคไตในเวลาที่เหมาะสม จะทำให้มีโอกาสรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากโรคไตบางชนิดได้ รวมทั้งสามารถให้การรักษาป้องกันการเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

การเตรียมผู้ป่วยเพื่อการรักษาด้วยวิธีบำบัดรักษาทดแทนไต เมื่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการทำงานของไตลดลง และเมื่อความรุนแรงของโรคเข้าสู่ระยะที่ 4 แพทย์ควรให้คำแนะนำ และให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ทั้งในด้านการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) เป็นต้น พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อดี – ข้อเสีย ข้อควรระวังของแต่ละวิธีการรักษา การเตรียมตัวเพื่อรับการรักษาวินิจฉัยต่าง ๆ ได้แก่การผ่าตัดหลอดเลือดเพื่อใช้ในการฟอกเลือด (arteriovenous fistula หรือ graft) การใส่สายฟอกเลือดทางช่องท้องเพื่อใช้ในการล้างไตทางช่องท้อง การให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วยเพื่อหาบุคคลที่สามารถบริจาคต่อนไตแก่ผู้ป่วยได้ ผู้ที่จะสามารถบริจาคให้ได้จะต้องเป็นญาติ พี่น้องที่ใกล้ชิด หรือคู่ครองที่แต่งงานตามกฎหมายอย่างน้อยสามปี หรือมีบุตรร่วมกันที่อายุอย่างน้อย 1 ปี เป็นต้น ในปี พ.ศ.2555 KDIGO ได้แนะนำให้พิจารณาระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไตจากระดับอัตราการกรองผ่านของไต และอาการแสดงของภาวะยูรีเมีย ได้แก่ภาวะการอักเสบของช่องว่างเยื่อหุ้มอวัยวะ (serositis) ภาวะความผิดปกติของสมดุลเกลือแร่ และภาวะกรด – ด่าง ปริมาณสารน้ำเกินในร่างกาย ภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมยาก ภาวะทุพโภชนาการที่ไม่ตอบสนองต่อ การบำบัดทางโภชนาการ อาการคันตามผิวหนัง การรับรู้ของสติลดลง เป็นต้น

การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าโรคเบาหวาน (very high risk group for cardiovascular events) เนื่องจากโรคไตเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือดมีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคร่วมกันหลายปัจจัย เช่นภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำและเกลือโซเดียมคั่งในร่างกาย ภาวะโลหิตจาง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะเครียดที่ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของสารอนุมูลอิสระ และภาวะที่ส่งผลให้หลอดเลือดอุดตันง่าย (prothrombotic states) เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกราย รวมทั้งการป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงชนิดปฐมภูมิ (primary prevention) ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การให้แอสไพรินในผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติ เป็นต้น

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง โรคมะเร็งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรัง หรือเป็นผลมาจากการเกิดโรคไตเรื้อรังก็ได้ ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และควรระมัดระวังในการแปลผล เนื่องจากเครื่องหมายชีวเคมีในการวินิจฉัยมะเร็ง (tumor marker) มักให้ค่า เป็นผลบวกหลงจากอัตราการกรองของไตที่ลดลง หรือในภาวะหินปูนเกาะหลอดเลือด (vascular calcification) ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อาจทำให้การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องตรวจ แมมโมแกรม (mammogram) แปลผลได้ยากลำบากมากขึ้น

การพิจารณาให้วัคซีนเสริมภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจัดเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไป โดยกลไกการป้องกันเชื้อโรคของร่างกายจะลดต่ำลงแปรผันตามอัตราการกรองของไตที่ลดลง เพราะฉะนั้นเมื่อเกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ ขึ้น จึงมีแนวโน้มการเกิดความรุนแรงของ

โรคที่มากกว่าปกติ ตามคำแนะนำการให้วัคซีนแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของหน่วยงานควบคุม และป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ.2555 แนะนำให้ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังทุกรายต้องได้รับการฉีดวัคซีน 3 ชนิด ได้แก่ 1. วัคซีนเพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี (Recombivax HB หรือ Engerix-B) 2. วัคซีนเพื่อป้องกันเชื้ออินฟลูเอนซ่า (inactivated influenza vaccine, TIV) 3. วัคซีนเพื่อป้องกันเชื้อนิวโมคอคคัส (pneumococcal vaccine)

ความเครียด

คำจำกัดความของความเครียด

Selye (1976)⁽²¹⁾ บิดาของทฤษฎีความเครียด กล่าวว่าความเครียด หมายถึง ภาวะที่ร่างกายและจิตใจมี ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งมากจากความหรือขัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโตและความต้องการของมนุษย์ เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้าง และปฏิกริยาทางเคมีเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ทำให้ภาวะร่างกายและจิตใจขาดสมดุล การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลง ทางด้านความคิด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม

กรมสุขภาพจิต (1999)⁽²²⁾ กล่าวว่าความเครียด เป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดความตื่นตัว เพื่อเตรียมรับ เหตุการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ และเป็นเรื่องหนักหนาสาหัส ซึ่งเกินกำลังความสามารถที่จะแก้ไขได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกหนักใจ และเกิดความผิดปกติทางร่างกายด้วย

เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ (1999)⁽²³⁾ กล่าวว่าบุคคลจะมีความเครียดเมื่อได้รับสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคล เช่นความต้องการ ข้อเรียกร้องต่าง ๆ ของตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมภายนอก ตัวบุคคล เช่นเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยบุคคลจะให้ความหมายประเมินด้วยสติปัญญาว่าสิ่งเร้านั้น ๆ มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองอันมีผลให้บุคคลมีการใช้กลไกในการปรับตัว และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ใช้เพื่อรักษาความสมดุลของตนเองไว้

ศรียรัตน์ คุ่มสิน (2003)⁽²⁴⁾ กล่าวว่าความเครียดเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิดกกังวล ตลอดจนถูกบีบบังคับ เกิดจากการที่บุคคลรับรู้ หรือประเมินสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ของตนว่าเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย อันเป็นผลให้สภาวะสมดุลของร่างกาย และจิตใจเสียไป ซึ่งทำให้บุคคลมีปฏิกริยาตอบสนองหลายอย่าง เป็นต้น ว่าการใช้กลไกป้องกันตนเอง การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ด้านพฤติกรรม ด้านความนึกคิด และด้านอารมณ์ความรู้สึก เพื่อทำให้ความรู้สึกถูกกดดัน หรือความเครียดเหล่านั้นคลายลง และกลับเข้าสู่สภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง

วนรัตน์ สิงใส (2012)⁽²⁵⁾ กล่าวว่าความเครียด หมายถึงภาวะที่ร่างกายได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ต่าง ๆ แล้วส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ และแสดงความผิดปกติต่าง ๆ ในรูปแบบของเกิดการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิต

วัลลภา ผ่องแผ้ว (2010)⁽²⁶⁾ กล่าวว่าความรู้สึกต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่มีผลทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ จากการประเมินสถานการณ์นั้นว่าเกิดความไม่เหมาะสม มีการสูญเสีย หรือถูกคุกคามต่อบุคคลนั้น ๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาตอบสนองทั่วไปของร่างกาย จนอาจรบกวนการดำเนินชีวิต

พนิตตา ศรีหาค้าง (2013)⁽²⁷⁾ กล่าวว่าความเครียด หมายถึงผลของการประเมินเหตุการณ์ที่ผู้ดูแล มีผลคุกคามต่อความเป็นสุข รู้สึกหนักใจ เกินความสามารถของตนเอง หรือต้องใช้แหล่งทรัพยากรอย่างเต็มที่ต่อการปรับตัว และการเผชิญปัญหา กระบวนการตัดสินใจประเมินเหตุการณ์ด้วยสติปัญญา ความสมดุล ระหว่างความต้องการ และแหล่งทรัพยากรที่ผู้ดูแลมีอยู่ จะช่วยลดความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

สาเหตุของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (1999)⁽²²⁾ ได้แบ่งสาเหตุความเครียดออกเป็น 3 ประการ คือ

1. สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวว่าจะไม่ได้ดังหวัง กลัวจะไม่สำเร็จ หนักใจในงานที่ได้รับมอบหมาย รู้สึกว่าตัวเองต้องทำสิ่งที่ยากเกินความสามารถ มีความวิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น เป็นต้น
2. สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนวัย การแต่งงาน การเริ่มเข้าทำงาน การเปลี่ยนงาน การเกษียณอายุ การย้ายบ้าน การสูญเสียคนรัก เป็นต้น
3. สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บไข้ ไม่สบายที่ไม่รุนแรง ตลอดไปจนถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง และเรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สาเหตุความเครียดของผู้ดูแล

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (1996)⁽²⁸⁾ กล่าวว่าความต้องการการดูแลของผู้ป่วย หรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วยประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของญาติผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม ส่งผลให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งการเป็นผู้ดูแล ทำให้เกิดเกิดภาวะความเครียดได้ แบ่งออกได้ 2 ประการ คือ

1. ความเครียดโดยตรง (primary stressor) คือความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจากสาเหตุอันเป็นจำกัด หรือความบกพร่องทางร่างกาย ความคิดสติปัญญา และความต้องการส่วนบุคคล
2. ความเครียดที่เป็นผลมาจากการให้การดูแลที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ดูแล (secondary stressor) เช่นถ้าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน และการรักษาเฉพาะแก่ผู้ป่วยแล้ว ผลก็คือเวลาสำหรับตนเองในการที่จะประกอบอาชีพ เข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ ควรจะรับผิดชอบต่อชีวิตตนเองก็จะน้อยลง

นอกจากนี้บริบท (context) หรือสิ่งแวดล้อมของการให้การดูแลมีผลทำให้ผู้ดูแลเผชิญกับภาวะเครียดได้ เช่นโครงสร้าง และความเกี่ยวพัน สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป หรือเกิดความขัดแย้งในหมู่ญาติผู้ให้ดูแลด้วยกันเอง

ระดับของความเครียด

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา (1997)⁽²⁹⁾ กล่าวว่า ระดับความเครียด เป็นระดับความรุนแรงที่บุคคลรู้สึก หรือรับรู้ได้จากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มาคุกคาม แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดในระดับต่ำ (mild stress) หมายถึงความเครียดขนาดเล็ก น้อย ๆ และหายไปในระยะเวลาอันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลจะมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชิน และการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อย เป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2. ความเครียดในระดับปานกลาง (moderate stress) หมายถึงความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคามหรือเกิดเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมา ในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว โดยยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่ว ๆ ไป ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตราย ต่อร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3. ความเครียดในระดับสูง (high stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้น ถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทา จะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ในภายหลังได้

4. ความเครียดในระดับรุนแรง (severe Stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคคลมีการล้มเหลวในการปรับตัวจนเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หหมดแรง ควบคุม ตัวเองไม่ได้ เกิดอาการทางกาย หรือเกิดโรคภัยต่าง ๆ ตามมาได้ง่าย

ผลกระทบของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (1999)⁽³⁰⁾ กล่าวว่า ผลกระทบของความเครียด ถ้าความเครียดในระดับต่ำ และมีระยะเวลาไม่นานเกินไป จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำการต่าง ๆ ได้อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกฝนการแก้ไขปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ พร้อมทั้งจะรับมือกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะ ความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกเชื่อมั่น และภูมิใจในตนเองมากขึ้น แต่ถ้าหากความเครียดมีระดับความรุนแรงหรือยาวนานอาจจะก่อให้เกิดผลเสีย ดังนี้

ผลเสียทางด้านสรีระ เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ซึ่งมีหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย ทำให้ร่างกายทำงานบกพร่อง ไม่ว่าจะเป็นปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย เจ็บปวด หรือเกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (psychosomatic disease) เช่น หนามมีด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ แผลในกระเพาะอาหาร โรคหอบหืด โรคแพ้ต่าง ๆ หรือความเครียดที่รุนแรงมาก ๆ อาจส่งผลให้เสียชีวิต หรือโรคที่เป็นกำเริบ

ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะส่งผลให้จิตใจเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน จนเป็นเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว ซึมเศร้า โกรธง่าย ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เศร้าซึม วิตกกังวล ถ้าหากมีความเครียดเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จะส่งผลให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคทางจิตประสาทได้

ผลเสียทางด้านความคิด ความเครียดที่เกิดจากความคิดของบุคคล เช่น คติวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเองและโทษผู้อื่น และคิดแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

ผลเสียด้านพฤติกรรม ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปลีกตัวจากสังคม อยู่อย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าว ไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่น ทำงานได้น้อยลง และบางครั้งมีการปรับตัวในทางที่ผิด เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดื่มยา เล่นการพนัน หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจจะส่งผลเสียตามมา

ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการขาดงาน ทำงานได้ปริมาณที่น้อยลง และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล เป็นต้น การเจ็บป่วยระยะยาว และเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หน้าที่การทำงาน ตกงาน ขาดรายได้ ส่งผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

ผู้ดูแล

คำจำกัดความผู้ดูแล

ยูพาฟิน ศิริโพธิ์งาม (1996)⁽²⁸⁾ กล่าวว่าผู้ดูแลคือ ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยที่ญาติ หรือบุคคลอาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอย ของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือทำให้เกิดความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ ซึ่งการดูแลดังกล่าว ต้องได้รับการตอบสนอง หรือให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และเป็นการให้ความช่วยเหลือโดยไม่รับ ค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

เคอร์วัลล์ ทรัพย์เจริญ (1999)⁽²³⁾ กล่าวว่าผู้ดูแลเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่อง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้บุคคลนั้น ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ และจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านกิจวัตรประจำวัน การให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และจิตใจ รวมทั้งการดูแลเฉพาะโรค

ศรินยา ฉันทะปรีดา (2006)⁽³¹⁾ กล่าวว่าผู้ดูแล หมายถึงบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติพี่น้อง ไม่นับรวมผู้ที่รับจ้างดูแลให้การช่วยเหลือ หรือทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด โดยดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้ความช่วยเหลือเรื่องความเป็นอยู่ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน

ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ (2011)⁽³²⁾ กล่าวว่าผู้ดูแล เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ที่เป็นญาติ หรือเพื่อนที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ โดยที่ผู้ดูแลเป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมในด้านการดูแลมาก่อน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน และให้การดูแลด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ซึ่งผู้ดูแลอาจจะเป็นผู้สมรส ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน

พนิตตา ศรีหาค้าง (2013)⁽²⁷⁾ กล่าวว่า ผู้ดูแล หมายถึงสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน และอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด เช่น บุตร หลาน ญาติพี่น้อง เป็นต้น หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย เช่น คู่สมรส สะใภ้ เป็นต้น หรืออาจเป็นเพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นผู้ซึ่งไม่เคยผ่านการอบรม การดูแลมาก่อน ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยความรัก ความเอื้ออาทร โดยไม่มีค่าตอบแทนจากการดูแล

สุภาพ เหมือนชู (2014)⁽³³⁾ กล่าวว่าผู้ดูแล (Caregiver) หมายถึงบุคคลที่ทำกิจกรรมในการดูแล ให้ผู้รับการดูแล (care receiver) ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ บุคคลนั้นต้องพึ่งพา และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือสมาชิกอื่น ๆ โดยไม่คิดค่าตอบแทน

ประเภทของผู้ดูแล

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (1996)⁽²⁸⁾ ได้แบ่งผู้ดูแลตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล ดังนี้

ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล บ้อนอาหาร หรือการให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดแผล การช่วยในการขับถ่ายจัดเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าคนอื่นในครอบครัว

ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (indirect care) เช่น เป็นธุระแทน ในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า

ผลกระทบต่อผู้ดูแล

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (1996)⁽²⁸⁾ แบ่งผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน คือ ด้านบวก และด้านลบ

ผลกระทบทางด้านลบ ได้แก่ รู้สึกโกรธ และฉุนเฉียวง่าย ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง รู้สึกถูกผูกติด ไว้กับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม และเหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม ไม่สามารถวางแผนอะไรล่วงหน้าได้ มีความขัดแย้งในบทบาทของผู้ดูแลที่บ้านกับบทบาทผู้ประกอบอาชีพ รู้สึกสูญเสีย และโศกเศร้า ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีเวลาพักผ่อน เป็อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย

ผลกระทบทางด้านบวก ได้แก่ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย ในอนาคต รู้สึกว่าการดูแล ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนเอง และผู้ป่วยมีความใกล้ชิดมากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการ และได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง

ศิริพันธ์ุ สาสัจย์ (2011)⁽³²⁾ ได้อธิบายถึงผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการเป็นผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ มีดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย (Physiological Problem) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว และทุ่มเทในการดูแลผู้ป่วย จนทำให้เกิดปัญหาทางร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นเกิดความอ่อนเพลีย และบางครั้งพักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้เจ็บป่วยได้ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อย ๆ ได้แก่

1. ปวดหลัง (backache) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักมีอาการปวดต้นคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซึ่งเกิดจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ถูกวิธี หรือเกินกำลังของตนเอง ปัญหาปวดหลังยังบ่งบอกถึงอาการที่มาจากภาวะจิตใจที่มีสาเหตุมาจากความเครียด ที่จะสื่อให้ทราบว่าภาวะที่ผู้ดูแลรับไว้นั้นนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้น และเป็นอาการเตือนที่บ่งชี้ว่าผู้ดูแลต้องการหยุดพักจากภาวะนั้น ๆ

2. อ่อนเพลียไม่มีแรง (weakness) เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาในด้านการนอนหลับ ทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดการอ่อนเพลีย มีภาวะของโรคแทรกซ้อนได้ และทำให้ผู้ดูแลมีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย ส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วย

3. มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (increase health problem) ด้วยภาวะที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย อาจรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตนเองลดลง ไม่มีเวลาไปพบแพทย์ พักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวที่เป็นอยู่แล้วก็มีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจเป็นปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบทางด้านจิตใจ (psychological problem) เป็นภาวะเครียด และความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ดังนี้

1. อารมณ์เศร้า (sad) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดการสูญเสียของที่ตนรักไป ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสูญเสียญาติของตนไปทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่

2. ความรู้สึกผิด (guilt) บางครั้งผู้ดูแลจะรู้สึกโกรธ ทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ และมักจะรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองภายหลัง

3. ความโกรธ (anger) ผู้ดูแลอาจโกรธผู้ป่วย โกรธตัวเอง โกรธเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล หรือโกรธสถานพยาบาลที่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วย หรือดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

4. ความรู้สึกอับอาย (embarrassment) บางครั้งผู้ป่วยอาจจะมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

5. ความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely) ด้วยภาวะที่ต้องดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสไป พบเจอเพื่อน ๆ หรือแม้กระทั่งการพูดคุยกับเพื่อนทางโทรศัพท์อาจไม่สะดวก เหมือนถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวอยู่เสมอ

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (socio-economic problem) ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านรูปแบบการทำงาน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องมีการปรับลักษณะการทำงานของตนเองให้เข้ากับ การดูแลผู้ป่วย เช่นอาจเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาเป็นทำงานบางเวลา หรือผู้ดูแลบางรายอาจต้องลาออกจากงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา

2. รายได้ลดลง ถ้าผู้ดูแลมีการปรับลักษณะการทำงาน หรือต้องลาออกจากการทำงาน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยแล้ว ย่อมมีการสูญเสียรายได้ และบางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นด้วย

3. ความขัดแย้งภายในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หากปราศจากการบริหารจัดการที่ดีแล้ว จะนำมาซึ่งปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว อาจมีการผลักรากการดูแล และค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือในรายที่ผู้ดูแลมีครอบครัวเป็นของตนเองแล้วอาจเกิดปัญหาที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

4. รายได้ไม่เพียงพอ บางครอบครัวรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ในขณะที่ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1. **ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล** ได้แก่ อายุ เพศ จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ผู้ดูแลมักเป็นผู้ที่อายุมาก และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เช่น ชูชิน ชิวพูนผล (1998)⁽³⁴⁾ พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.5 มีอายุระหว่าง 18 – 73 ปี ญาติผู้ดูแลที่อายุมาก จะมีประสบการณ์ในชีวิตมาก ส่งผลให้มีกระบวนการตัดสินใจ การเผชิญปัญหา การอดทนต่อภาวะเครียดดีกว่า และมีปัญหาทางด้านจิตใจ น้อยกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อย อายุเป็นเงื่อนไขภายในบุคคลที่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียด⁽³⁵⁾ ซึ่งในงานวิจัยต่างประเทศ ญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 75.3 และมีอายุระหว่าง 19 – 72 ปี โดยเพศหญิงจะถูกคาดหวังจากครอบครัวให้สามารถทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ดี ถ้าหากมีการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว^(36, 37)

2. **ฐานะทางเศรษฐกิจ** รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะเป็ค่ายา ค่าเดินทางในการนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาล ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยถือว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยในการเผชิญความเครียด ทำให้มีทางเลือกในการแก้ปัญหามากขึ้น และเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดความพึงพอใจในชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลในการดูแลผู้ป่วย ในครอบครัวที่มีรายได้สูงหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เพราะครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะต้องทำงานเพื่อหาค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงค่ารักษาพยาบาล และการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลขึ้นได้^(35, 38)

3. **ระดับการศึกษา** ในการดูแลผู้ป่วยต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ที่จะได้จากการศึกษา รวมถึงประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหา ความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูลความรู้ต่าง ๆ โดยผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง มักจะตระหนักถึงปัญหาและมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี สามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีการดูแลที่ถูกต้องกว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมักจะไม่เข้าใจต่อประโยชน์หรือความจำเป็นของสิ่งที่ปฏิบัติ เมื่อเกิดความยุ่งยากในชีวิต ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ ถือได้ว่าการศึกษามีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ และนำความรู้ที่ได้มาดูแลผู้ป่วยและยังนำพิจารณาสิ่งที่มาคุกคามตัวเองได้ถูกต้อง^(35, 38)

4. **สถานภาพสมรส** คู่สมรสเป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการช่วยสนับสนุนกันเอง และเป็นตัวกลางในการลดความเครียดของคู่สมรสของตนได้⁽³⁹⁾ ซึ่งคู่สมรสหรือคู่ชีวิตจะคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเสริมแรง เมื่อเกิดความรู้สึกเครียดหรือความไม่สุขสบายต่าง ๆ คู่สมรสจะมีส่วนทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย เกิดกำลังใจในการต่อสู้และการเผชิญกับปัญหา⁽⁴⁰⁾ ในมุมมองกลับกันผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส ก็จะมีความเสี่ยงในการเกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ดูแลอื่น ๆ⁽⁴¹⁾

5. **อาชีพ** การประกอบอาชีพต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเนื่องมาจากระดับการศึกษา เนื่องจากผู้มีการศึกษา มักจะมีอาชีพและรายได้ที่ดีด้วย จึงมีโอกาสทางสังคมมาก และสามารถเลือกรับบริการที่ดีกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ และเกิดความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจ และทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น และทำให้มีอำนาจในการแสวงหาปัจจัยต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข⁽⁴²⁾ ซึ่งผู้ดูแลที่มีรายได้จากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัว สำหรับอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำและไม่แน่นอน จะก่อให้เกิดความเครียดได้ง่าย และสำหรับอาชีพที่มีรายได้มั่นคง ทำให้มีโอกาสทางสังคมมากกว่า และเกิดความรู้สึกมั่นคงทางเศรษฐกิจ และทำให้สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ จึงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พึงพอใจในตนเอง จึงส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตดี และเกิดความเครียดได้ยากกว่า⁽⁴⁰⁾ รวมถึงการว่างงาน หรือการเกษียณมีความเครียดที่สูงกว่าบุคคลที่ทำงาน⁽⁴³⁾

6. **ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล**⁽⁴⁴⁾ ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพต่างกันจะมีระดับความเครียดต่างกัน ผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพเปราะบางหรือมีความเจ็บป่วย จะรู้สึกว่ามีภาระในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี และผู้ดูแลที่มีสุขภาพไม่ดี ที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเครียดขึ้น ซึ่งผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ หรือโรคประจำตัว จะเกิดความรู้สึกเหมือนถูกผูกติดกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระหนัก ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เบื่อหน่าย หงุดหงิด เป็นต้น⁽⁴⁵⁾

7. **ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย**⁽⁴⁴⁾ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อความเครียด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นความสัมพันธ์ทางสายเลือด มีความรัก ความผูกพันกับผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง โดยลาซารัส และโพล์คแมน (1984)⁽³⁸⁾ กล่าวว่าความผูกพันเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีความสำคัญต่อบุคคลที่ใช้ในการพิจารณาตัดสินใจสถานการณ์ที่มีต่อสวัสดิภาพของตนเอง จะทำให้บุคคลกล้าเผชิญ หรือถอยหนีจากสิ่งที่มาคุกคาม และยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงของการเกิดความเครียดได้ และหากมีความสัมพันธ์ที่ดี ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจในการดูแล และไม่รู้สึกรว่าเป็นภาระ แต่ถ้าสัมพันธ์ภาพไม่ดี ญาติผู้ดูแลจะเกิดความเครียดได้ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ และความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ จึงรู้สึกเหมือนเป็นภาระ

8. **ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย** ผู้ดูแลมักเกิดความไม่แน่ใจต่อความเจ็บป่วย หรือในสิ่งที่ปฏิบัติกับผู้ป่วย เนื่องจากขาดความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความไม่แน่ใจว่าดูแลผู้ป่วยถูกต้องหรือไม่ ทำให้เกิดภาวะความเครียด และความคับข้องใจ และถ้าหากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลที่ เป็นความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และเพียงพอ ทำให้เกิดความรู้สึกลำบากในการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น⁽⁴⁴⁾ แต่การมีความรู้จะสามารถลดความท้อแท้ ความรู้สึกเครียด และลดภาวะ กัดดันด้านจิตใจในการดูแลผู้ป่วยได้⁽⁴⁶⁾ ซึ่งส่วนใหญ่แหล่งความรู้จะได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการนำความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้จาก ประสบการณ์ในอดีตที่เคยดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การที่ผู้ดูแลมีความรู้ จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจใน การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถเผชิญกับความเครียดได้⁽⁴⁰⁾

9. **ระยะเวลาในการดูแล** จิตรรา (2006)⁽³⁵⁾ กล่าวว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ ภายใต้อาการเจ็บป่วย จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ใน การดูแลช่วงแรกอาจจะมีอาการเครียดที่เกิดจากการที่ต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อ ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ความเครียดจากการดูแลจะลดลง ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยใน ระยะเวลาสั้นนอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพกายแล้วยังส่งผลต่อสุขภาพจิตด้วย โดยผู้ดูแลที่ต้องคอย ดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา หรือเป็นเวลานาน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยได้⁽⁴⁷⁾

10. **การสนับสนุนทางสังคม (social support)** คือการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก บุคคลในชุมชน หรือแหล่งบริการต่าง ๆ เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อนหรือกลุ่มบุคคลในชุมชน เป็นต้น บุคคลต่าง ๆ เหล่านี้จะให้ความช่วยเหลือในด้าน การให้ข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตใจ เป็นที่ปรึกษาให้ คำแนะนำ การได้รับการประคับประคอง และการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วย ให้บุคคลมีความสามารถในการปรับแก้ความเครียดได้ดียิ่งขึ้น⁽⁴⁸⁾ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ บุคคลเผชิญกับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับการ ตอบสนองความต้องการ และช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁹⁾ รวมถึงช่วย ลดผลลัพธ์ในด้านลบของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว⁽⁵⁰⁾

11. **ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย** เป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแลที่มีผล ต่อการพัฒนาความชำนาญในการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัย หนึ่งที่ช่วยบรรเทาความเครียด ทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (1996)⁽⁴⁹⁾ ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยยาวนาน จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการ พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถปรับตัวต่อภาระการดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการ ดูแลผู้ป่วย การแก้ปัญหา และทักษะในการดูแลได้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และมีแรงจูงใจ ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลปรับตัวได้ดี ไม่มีความรู้สึกเครียด แต่การให้การดูแลผู้ป่วยที่มีระยะเวลา ของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความเครียดด้านร่างกาย และจิตใจต่างกัน⁽⁵¹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพรชัย จุลเมนต์ และยุพิน ถนัดวณิชย์ (2000)⁽³⁹⁾ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านผสมผสานกัน โดยมีสัดส่วนวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับปัญหามากที่สุด รองลงมาคือด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม และด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน โดยเครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ (1999)⁽²³⁾ พบว่าสถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียด มากที่สุดคือ การจัดการต่อพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ความห่วงกังวลที่มีต่อชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย และการจัดการกับผู้ป่วยเมื่อมีความรุนแรง และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดในระดับน้อย ในขณะที่การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเอื้ออารีย์ สาลิกา (2000)⁽⁵²⁾ พบว่า สถานการณ์การดูแลที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดคือ สถานการณ์การจัดการเมื่อผู้ป่วย ทำร้ายผู้อื่น ส่วนปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดน้อยแต่พบบ่อยได้แก่ การที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และการที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ผู้ดูแลจำนวนมากมีความเครียดในระดับน้อย ลักษณะความเครียดที่ปรากฏพบได้ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรม และจิตวิญญาณ

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Sample Population)

คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม และมารับบริการตรวจรักษา ณ หน่วยโรคไต แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมถึงหอผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ณ คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม และมารับบริการตรวจรักษา ณ หน่วยโรคไต แผนกอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ รวมถึงหอผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งยินดีเข้าร่วมวิจัยและผ่านตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selective criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตั้งแต่อายุ 18 ขึ้นไปที่มารับบริการตรวจรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง และเป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือเป็นญาติ
2. สนใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
3. สามารถพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ดูแลที่ได้รับค่าจ้าง หรือรางวัลตอบแทน

วิธีการเลือกตัวอย่าง (Sampling technique)

ใช้การเลือกตัวอย่างแบบเลือกตามเกณฑ์ (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีลักษณะเข้าเกณฑ์การคัดเลือก และไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดออก

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size calculation)

คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา

คำนวณได้จากสูตร $n = Z^2pq/d^2$

n	=	ขนาดตัวอย่าง
Z	=	ค่าวิกฤตระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จากตารางการแจกแจงค่าปกติมีค่าเท่ากับ 1.96
P	=	ความชุกของความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในพื้นที่ใช้อัตราส่วนที่กว้างที่สุด = 0.5
q	=	$1 - 0.5 = 0.5$
d	=	ความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.1
แทนค่า n	=	$(1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5) / (0.1)^2$
	=	96.04

ดังนั้นขนาดตัวอย่าง = 97 คน

เพื่อให้ครอบคลุมความผิดพลาดซึ่งคาดว่าจะมีประมาณร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่ต้องใช้จึงเท่ากับ 107 คน

การสังเกตและการวัด (Observational measurement)

ตัวแปรในการวิจัย

- ตัวแปรอิสระ (Independent variables) ได้แก่
 - ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การประเมินความเข้าใจของตนเองต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล และจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน
 - ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่น ๆ ชนิดของการรักษา จำนวนของยาที่รับประทาน และการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน
 - ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม
- ตัวแปรตาม (Dependent variables) ได้แก่ ระดับของความเครียด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง โรคประจำตัวอื่น ๆ ชนิดของการรักษา จำนวนของยาที่รับประทาน การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน

1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน ระยะเวลาในการดูแล การประเมินความเข้าใจของตนเองต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

2. แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล

เป็นแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) ของซาริท (1990)⁽¹²⁾ แบบวัดนี้สร้างขึ้นโดยดัดแปลง และพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแล (burden interview) ของซาริทและคณะ (1980)⁽⁵³⁾ ซึ่งมีข้อคำถามเดิม 29 ข้อ และนำมาดัดแปลงพัฒนาเหลือ 22 ข้อ และได้มีการตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำนวน 29 คน ได้ค่าเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .88 และครีร์ตัน คุ่มสิน (2003)⁽²⁴⁾ ได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่มีประสบการณ์สอนภาษาตะวันตกแปล และเรียบเรียงเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทย และภาษาอังกฤษอีกท่านแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ หลังจากนั้นนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขทางด้านภาษาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะนำไปใช้ และนำไปตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 20 คน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 โดยการประเมินความเครียด จะประเมินตามความรู้สึของผู้ดูแล โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ผู้ดูแลไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
เกือบไม่เคย	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนาน ๆ ครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นเป็นบางครั้ง
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นบ่อย ๆ
เป็นประจำ	หมายถึง	ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำ

การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) มี 5 ระดับ ดังนี้

ระดับความเครียด	คะแนนรายข้อ		
ไม่เคย	ได้	0	คะแนน
เกือบไม่เคย	ได้	1	คะแนน
บางครั้ง	ได้	2	คะแนน
ค่อนข้างบ่อย	ได้	3	คะแนน
เป็นประจำ	ได้	4	คะแนน

การคำนวณและแปลผลคะแนน

คะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 88 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินจากคะแนนรวมระดับคะแนนที่มาก แสดงว่ามีความเครียดมากกว่าระดับคะแนนที่น้อย โดยแบ่งระดับ ความเครียดเป็น 4 ระดับ แบ่งช่วงคะแนนในแต่ละระดับ ให้เท่ากัน ดังนี้

ช่วงคะแนน	0 – 20	หมายถึง	ปกติ ไม่เกิดความเครียด
ช่วงคะแนน	21 – 40	หมายถึง	มีความเครียดระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	41 – 60	หมายถึง	มีความเครียดระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	61 – 88	หมายถึง	มีความเครียดระดับรุนแรง

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้พัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Schaefer (1981)⁽⁵⁴⁾ โดยพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2006)⁽⁵⁵⁾ มีค่าความเที่ยง และความตรงในเกณฑ์ที่ดี ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านอารมณ์ 7 ข้อ 2.ด้านข้อมูล ข่าวสาร 4 ข้อ และ 3.ด้านทรัพยากรและวัตถุ 5 ข้อ ในแต่ละข้อให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคม ตั้งแต่ 1 หมายถึง น้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง มากที่สุด คะแนนรวม ทั้งหมดไม่เกิน 80 คะแนน แปลผลจากการจัดกลุ่มข้อมูล โดยอาศัยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ โดยการสนับสนุนทางสังคมที่น้อย คือได้คะแนนน้อยกว่า $mean - SD$ การสนับสนุนทางสังคมปานกลางได้คะแนนอยู่ระหว่าง $mean \pm SD$ และการสนับสนุนทางสังคมมาก คือได้คะแนนมากกว่า $mean \pm SD$ โดยเครื่องมือดังกล่าวได้รับการทดสอบ แล้วพบว่ามีค่าความเที่ยงและค่าความเชื่อมั่นที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุมวิชาการ เอกสารราชการ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ติดต่อผู้พัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามเพื่อขออนุญาตนำมาใช้ในงานวิจัย
3. ติดต่อเพื่อขออนุมัติดำเนินการจากคณะกรรมการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และคณะกรรมการ จริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์
4. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หัวหน้า คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม ภปร.ชั้น 3 และหัวหน้าหน่วยโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ ตึกธนาคารกสิกรไทย รวมถึงแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. ติดต่อแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม ภปร.ชั้น 3 และหน่วยโรคไต ตึกธนาคารกสิกรไทย รวมถึงแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงรายละเอียด และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ ณ คลินิกโรคไต แผนกอายุรกรรม ภปร.ชั้น 3 หน่วยโรคไต ตึกธนาคารกสิกรไทย และแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ขอความร่วมมือ และชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการวิจัย และคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย อธิบายถึงขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมตอบคำถาม ข้อสงสัยให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจนเกิดความเข้าใจ ให้เวลาในการตัดสินใจก่อนการลงนาม รวมถึงการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูลเสมอ โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกแบบสอบถามเป็นการส่วนตัว

7. เวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 15 – 30 นาทีขึ้นอยู่กับผู้เข้าร่วมการวิจัย
8. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์สำหรับนำมาคิด คะแนน และวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่งก่อน นำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 17.0 (statistical package for social science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษา โดยใช้ Chi-square test สำหรับข้อมูลเชิงลักษณะ และ unpaired หรือ independent t-test หรือ one-way analysis of variance (ANOVA) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD และ Gabriel
3. วิเคราะห์พหุคูณ (multiple regression analysis) โดยการนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาหาความสัมพันธ์ และหาปัจจัยทำนายความเครียดที่พบในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตั้งแต่กันยายน 2558 ถึง ธันวาคม 2558 จำนวนทั้งสิ้น 107 คน โดยผลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยเป็น 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
- 1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย
- 1.3 คะแนนจากแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) และคะแนนจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนรวมด้วยสถิติ t-test และ One-way ANOVA และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD และ Gabriel

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency)

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ logistic regression analysis

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 4 : แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 107)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	57	53.3
ชาย	50	46.7
อายุ (mean = 65.54, SD = 18.87 : min = 17, max = 93)		
ไม่เกิน 60 ปี	29	27.1
61 – 70 ปี	24	22.4
ตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไป	54	50.5
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี) (mean = 7.43, SD = 7.11 : min = 0.42, max = 7.11)		
น้อยกว่า 1 ปี	10	9.3
1 – 3 ปี	27	25.3
มากกว่า 3 ปี	70	65.4
โรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย		
ไม่มี	22	20.6
มี	85	79.4
จำนวนยาที่รับประทาน (ชนิด) (n = 91) (mean = 6.07, SD = 3.63 : min = 1, max = 16)		
น้อยกว่า 5 ชนิด	46	50.5
5 – 8 ชนิด	26	28.6
มากกว่า 8 ชนิด	19	20.9
การรักษาที่ได้รับ		
รักษาด้วยยาเท่านั้น	70	65.4
รักษาด้วยยาและได้รับการฟอกไต	35	32.7
การฟอกไตแบบ ผ่านทางช่องท้อง	(8)	(7.5)
การฟอกไตแบบ ผ่านทางเส้นเลือด	(27)	(25.2)
รักษาด้วยยาหลังการผ่าตัดเปลี่ยนไต	2	1.9
การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน		
ดูแลตนเองได้ทุกอย่าง	44	41.1
ดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่	27	25.2
ดูแลตนเองได้บางอย่าง	29	27.1
ไม่สามารถดูแลตนเองได้	7	6.5

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยเป็นเพศหญิง และเพศชาย ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.5 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.54 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 17 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 93 ปี โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 65.4 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังโดยคิดเป็นร้อยละ 79.4 มีจำนวนยาที่รับประทานน้อยกว่า 5 ชนิด ร้อยละ 50.5 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 65.4 ในส่วนของการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ทุกอย่างคิดเป็นร้อยละ 41.1

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 5 : แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย (n = 107)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	83	77.6
ชาย	24	22.4
อายุ (mean = 47.15, SD = 12.06 : min = 20, max = 78)		
ไม่เกิน 40 ปี	27	25.2
41 – 50 ปี	39	36.5
51 – 60 ปี	26	24.3
มากกว่า 60 ปี	15	14.0
สถานภาพสมรส		
โสด	43	40.2
สมรส	58	54.2
หย่าร้าง	3	2.8
แยกกันอยู่	3	2.8
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	18.7
รับราชการ	8	7.5
รัฐวิสาหกิจ	3	2.8
ธุรกิจส่วนตัว	22	20.5
รับจ้าง พนักงาน	35	32.7
อื่น ๆ	19	17.8

ตารางที่ 5 : (ต่อ) แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย (n = 107)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท) (n = 96)		
(median(IQR) = 20,000(32,825) : min = 0, max = 120,000)		
ไม่มีรายได้	10	10.4
ไม่เกิน 10,000 บาท	25	26.1
10,001 – 20,000 บาท	17	17.7
20,001 – 30,000 บาท	15	15.6
มากกว่า 30,000 บาท	29	30.2
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	35	32.7
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	53	49.5
ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้	10	9.4
ไม่เพียงพอ เป็นหนี้	9	8.4
ระดับการศึกษา (mean = 15.81, SD = 4.16 : min = 0, max =19)(ปี)		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	1.9
ประถมศึกษา	14	13.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	8.4
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20	18.7
อนุปริญญา/ปวส.	10	9.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	52	48.6
โรคประจำตัว		
ไม่มี	69	64.5
มี	38	35.5
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	9	8.4
สามี/ภรรยา	26	24.3
บุตร	56	52.3
หลาน	8	7.5
อื่นๆ	8	7.5
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน		
(mean = 9.25, SD = 6.81 : min = 2, max = 24)		
ไม่เกิน 6 ชั่วโมง	53	49.5
6 – 12 ชั่วโมง	33	30.9
มากกว่า 12 ชั่วโมง	21	19.6

ตารางที่ 5 (ต่อ) : แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย (n = 107)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
(mean = 7.43, SD = 7.11 : min = 0.42, max = 40)		
ไม่เกิน 1 ปี	10	9.3
1 – 3 ปี	27	25.3
มากกว่า 3 ปี	70	65.4
การประเมินความเข้าใจของตนเองต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วย		
เพียงพอและเข้าใจดี	59	55.1
พอเข้าใจได้บ้างบางส่วน	42	39.3
ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ	3	2.8
ไม่ทราบข้อมูลเลย	3	2.8

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเพศหญิง และเพศชาย ร้อยละ 77.6 และร้อยละ 22.4 ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.5 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.15 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 20 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 78 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 54.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างหรือเป็นพนักงานโดยคิดเป็นร้อยละ 32.7 ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 30.2 โดยที่ลักษณะความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 49.5 ด้านระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 48.6 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 64.5 ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ในสัดส่วนร้อยละ 52.3 โดยจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 49.5 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลมากกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.4 และด้านการประเมินความเข้าใจของตนเองต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีความรู้เพียงพอ และเข้าใจดี ร้อยละ 55.1

1.3 คะแนนจากแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) และคะแนนจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 6 : แสดงค่าคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากแบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) โดยจัดกลุ่มตามคะแนน

ผลการทดสอบ (mean = 20.47, SD = 12.45 : min = 0, max = 55)	จำนวน (คน) (N=107)	ร้อยละ (%)
ปกติ ไม่เกิดความเครียด	59	55.1
มีความเครียดระดับต่ำ	41	38.4
มีความเครียดระดับปานกลาง	7	6.5

จากตารางที่ 6 พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจะไม่เกิดความเครียดโดยคิดเป็นร้อยละ 55.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนที่เหลือร้อยละ 44.9 จัดว่ามีความเครียด โดยมีความเครียดในระดับต่ำเป็นร้อยละ 38.4 และมีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 6.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ตารางที่ 7 : แสดงค่าคะแนนของการสนับสนุนทางสังคม (social support) ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามช่วงคะแนน

ผลการทดสอบ (mean = 60.21, SD = 8.38 : min = 36, max = 78)	จำนวน (คน) (N=107)	ร้อยละ (%)
การสนับสนุนทางสังคมน้อย (คะแนนน้อยกว่า 51.82)	15	14.0
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (คะแนนน้อยกว่า 51.82 – 69.04)	78	72.9
การสนับสนุนทางสังคมมาก (คะแนนมากกว่า 69.04)	14	13.1

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.9 รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 14.0 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 13.1

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 8 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย	ความเครียด				X ²	p-value
	ไม่เกิดความเครียด		เกิดความเครียด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	35	61.4	22	38.6	1.935	0.164
ชาย	24	48.0	26	52.0		
อายุ						
ไม่เกิน 60 ปี	18	62.1	11	37.9	0.864	0.649
61 – 70 ปี	12	50.0	12	50.0		
ตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไป	29	53.7	25	46.3		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)						
น้อยกว่า 1 ปี	7	70.0	3	30.0	1.042	0.594
1 – 3 ปี	15	55.6	12	44.4		
มากกว่า 3 ปี	37	52.9	33	47.1		
โรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรัง						
ไม่มี	17	77.3	5	22.7	5.484	0.019*
มี	42	49.4	43	50.6		
จำนวนยาที่รับประทาน (ชนิด)						
น้อยกว่า 5 ชนิด	27	58.7	19	41.3	3.896	0.143
5 – 8 ชนิด	17	65.4	9	34.6		
มากกว่า 8 ชนิด	7	36.8	12	63.2		
การรักษาที่ได้รับ						
รักษาด้วยยาเท่านั้น	46	65.7	24	34.3	9.150	0.002**
รักษาด้วยการล้างไตหรือการ	13	35.1	24	64.9		
ผ่าตัดเปลี่ยนไตร่วมกับการทานยา						
การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน						
ดูแลตนเองได้ทุกอย่าง/ส่วนใหญ่	56	56.0	44	44.0	-	0.698 ^a
ไม่สามารถดูแลตนเองได้	3	42.9	4	57.1		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 8 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่าการมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนเพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนยาที่รับประทาน และการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 9 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	ความเครียด				X ²	p-value
	ไม่เกิดความเครียด		เกิดความเครียด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
หญิง	45	54.2	38	45.8	0.128	0.721
ชาย	14	58.3	10	41.7		
อายุ						
ไม่เกิน 40 ปี	19	70.4	8	29.6	4.174	0.243
41 – 50 ปี	20	51.3	19	48.7		
51 – 60 ปี	14	53.8	12	46.2		
มากกว่า 60 ปี	6	40.0	9	60.0		
สถานภาพสมรส						
โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	31	63.3	18	36.7	2.413	0.120
สมรส	28	48.3	30	51.7		
การประกอบอาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8	40.0	12	60.0	3.610	0.307
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	45.5	6	54.5		
ธุรกิจส่วนตัว	12	54.5	10	45.5		
รับจ้าง พนักงาน/อื่นๆ	34	63.0	20	37.0		
รายได้ (บาท)						
ไม่มีรายได้	3	30.0	7	70.0	4.281	0.369
ไม่เกิน 10,000 บาท	23	68.0	13	32.0		
10,001 – 20,000 บาท	9	52.9	8	47.1		
20,001 – 30,000 บาท	8	53.3	7	46.7		
มากกว่า 30,000 บาท	16	55.2	13	44.8		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ (เหลือเก็บ/ไม่เหลือเก็บ)	54	61.4	34	38.6	7.760	0.005**
ไม่เพียงพอ (ไม่เป็นหนี้/เป็นหนี้)	5	26.3	14	73.7		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	50.0	8	50.0	0.522	0.770
มัธยมศึกษา/ปวช.	15	51.7	14	48.3		
อุดมศึกษาขึ้นไป	36	58.1	26	41.9		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	45	65.2	24	34.8	7.976	0.005**
มี	14	36.8	24	63.2		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย						
ญาติในสายโลหิต	46	56.8	35	43.2	0.367	0.545
สามี/ภรรยา	13	50.0	13	50.0		

ตารางที่ 9 (ต่อ) : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	ความเครียด				X ²	p-value
	ไม่เกิดความเครียด		เกิดความเครียด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย						
ไม่เกิน 6 ชั่วโมง	34	64.2	19	35.8	4.382	0.112
6 – 12 ชั่วโมง	17	51.5	16	48.5		
มากกว่า 12 ชั่วโมง	8	38.1	13	61.9		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
ไม่เกิน 1 ปี	10	76.9	3	23.1	2.919	0.232
1 – 3 ปี	15	50.0	15	50.0		
มากกว่า 3 ปี	34	53.1	30	46.9		
การประเมินความเข้าใจของตนเอง						
ต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วย						
เพียงพอและเข้าใจได้บางส่วน	57	56.4	44	43.6	-	0.405 ^a
ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ/ไม่ทราบข้อมูลเลย	2	33.3	4	66.7		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, a = Fisher's exact test

จากตารางที่ 9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test พบว่าความเพียงพอของรายได้ และการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการประเมินความเข้าใจของตนเองต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 10 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Chi-square

การสนับสนุนทางสังคม	ความเครียด				X ²	p-value
	ไม่เกิดความเครียด		เกิดความเครียด			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การสนับสนุนทางสังคมน้อย	5	33.3	10	66.7	3.562	0.168
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	45	57.7	33	42.3		
การสนับสนุนทางสังคมมาก	9	64.3	5	35.7		

จากตารางที่ 10 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้สถิติ Chi-square พบว่าระดับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนรวมด้วยสถิติ t-test และ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD และ Gabriel

ตารางที่ 11 : เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ t-test (N = 107)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย	ความเครียด				
	N	Mean	S.D.	T	p-value
เพศ					
หญิง	57	19.39	12.27	-0.976	0.331
ชาย	50	21.74	12.66		
โรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย					
ไม่มี	22	15.59	7.61	-2.852	0.006**
มี	85	21.75	13.16		
การรักษาที่ได้รับ					
รักษาด้วยยาเท่านั้น	70	16.99	10.18	-3.946	<0.001**
รักษาด้วยการล้างไตหรือการผ่าตัดเปลี่ยนไตรวมกับการทานยา	37	27.10	13.74		
การดูแลตนเอง					
ดูแลตนเองได้ทุกอย่าง/ส่วนใหญ่	100	20.51	12.76	0.075	0.940
ไม่สามารถดูแลตนเองได้	7	20.14	7.10		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 11 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับการมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย และการรักษาที่ได้รับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ โดยผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการล้างไตหรือการผ่าตัดเปลี่ยนไตรวมกับการทานยา มีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเท่านั้น

ตารางที่ 12 : เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ t-test (N = 107)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย	ความเครียด				
	N	Mean	S.D.	t	p-value
เพศ					
หญิง	83	21.06	12.59	0.886	0.377
ชาย	24	18.50	12.00		
สถานภาพสมรส					
โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	49	17.16	10.46	-2.606	0.010**
สมรส	58	23.29	13.36		
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ (เหลือเก็บ/ไม่เหลือเก็บ)	88	19.70	12.27	-1.404	0.163
ไม่เพียงพอ (ไม่เป็นหนี้/เป็นหนี้)	19	24.11	12.96		
โรคประจำตัว					
ไม่มี	69	18.57	12.01	-2.189	0.031*
มี	38	23.97	12.64		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					
ญาติในสายโลหิต	81	20.07	12.47	-0.602	0.548
สามี/ภรรยา	26	21.77	12.55		
การประเมินความเข้าใจของตนเอง					
ต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วย					
เพียงพอและเข้าใจดี/ได้บางส่วน	101	20.26	12.25	-0.778	0.438
ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ/ไม่ทราบข้อมูลเลย	6	24.33	16.24		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 12 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับสถานภาพสมรส และค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับโรคประจำตัวของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่โสด หย่าร้าง และแยกกันอยู่ และผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 13 : เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ t-test (N = 107)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความเครียด				
	N	Mean	S.D.	t	p-value
อายุของผู้ดูแล					
ไม่เกิดความเครียด	59	44.86	12.04	-2.212	0.029*
เครียดต่ำ - ปานกลาง	48	49.96	11.61		
จำนวนชั่วโมงในการดูแล					
ไม่เกิดความเครียด	59	7.98	6.07	-2.132	0.036*
เครียดต่ำ - ปานกลาง	48	10.81	7.39		
การสนับสนุนทางสังคม					
ไม่เกิดความเครียด	59	61.97	7.87	2.465	0.015*
เครียดต่ำ - ปานกลาง	48	58.04	8.57		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 13 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของอายุผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวนชั่วโมงในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมกับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 14 : เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี LSD (N = 107)

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย	ความเครียด					Significant pairwise comparison
	N	Mean	S.D.	F/Welch	p-value	
อายุ						
ไม่เกิน 60 ปี	29	21.03	13.24	0.038	0.963	
61 – 70 ปี	24	20.29	12.93			
ตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไป	54	20.28	12.02			
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)						
น้อยกว่า 1 ปี	10	14.40	13.24	1.575	0.212	
1 – 3 ปี	27	19.70	8.61			
มากกว่า 3 ปี	70	21.66	13.43			
จำนวนยาที่รับประทาน (ชนิด) (N=91)						
น้อยกว่า 5 ชนิด (1)	46	19.24	11.66	3.170	0.047*	(1) VS (3)*
5 – 8 ชนิด (2)	26	18.50	11.88			(2) VS (3)*
มากกว่า 8 ชนิด (3)	19	26.89	14.10			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตารางที่ 14 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดกับจำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนยาที่รับประทานมากกว่า 8 ชนิด มีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนยาที่รับประทานน้อยกว่า 5 ชนิด และระหว่าง 5 – 8 ชนิด

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนรายคู่ของคะแนนรวมความเครียด (Post hoc comparison) ด้วยวิธี LSD พบว่าผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมีจำนวนยาที่รับประทานน้อยกว่า 5 ชนิด มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับจำนวนยาที่รับประทานแตกต่างกับผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมีจำนวนยาที่รับประทานมากกว่า 8 ชนิด และผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมีจำนวนยาที่รับประทานระหว่าง 5 – 8 ชนิด มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับจำนวนยาที่รับประทานแตกต่างกับผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมีจำนวนยาที่รับประทานมากกว่า 8 ชนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 15 : เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Gabriel (N = 107)

ปัจจัยส่วนบุคคล ของผู้ดูแลผู้ป่วย	ความเครียด					Significant pairwise comparison
	N	Mean	S.D.	F/Welch	p-value	
อายุ						
ไม่เกิน 40 ปี	27	16.52	10.98	1.503 ^W	0.227	
41 – 50 ปี	39	21.28	11.03			
51 – 60 ปี	26	20.42	10.75			
มากกว่า 60 ปี	15	25.67	18.76			
การประกอบอาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	23.10	14.92	0.488	0.692	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11	21.64	10.94			
ธุรกิจส่วนตัว	22	20.50	11.55			
รับจ้าง พนักงาน/อื่น ๆ	54	19.28	12.26			
รายได้ต่อเดือน (บาท)						
ไม่มีรายได้	10	24.10	13.82	0.554	0.697	
ไม่เกิน 10,000 บาท	25	18.04	12.48			
10,001 – 20,000 บาท	17	19.70	9.74			
20,001 – 30,000 บาท	15	22.67	13.38			
มากกว่า 30,000 บาท	29	20.76	13.97			
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	16	22.88	15.13	0.345	0.709	
มัธยมศึกษา/ปวช.	29	20.21	11.01			
อุดมศึกษาขึ้นไป	62	20.00	12.48			
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแล						
ไม่เกิน 6 ชั่วโมง (1)	53	17.81	11.20	3.168	0.046 [*]	(1) VS (3) [*]
6 – 12 ชั่วโมง (2)	33	21.62	12.93			
มากกว่า 12 ชั่วโมง (3)	21	25.48	13.45			
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
ไม่เกิน 1 ปี	13	14.62	11.51	1.698	0.188	
1 – 3 ปี	30	20.83	10.50			
มากกว่า 3 ปี	64	21.52	13.29			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, W = Welch: Robust Tests of Equality of Means

จากตารางที่ 15 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงมีความเครียดมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลไม่เกิน 6 ชั่วโมง และ 6 -12 ชั่วโมง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนรายคู่ของคะแนนรวมความเครียด (Post hoc comparison) ด้วยวิธี Gabriel พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยไม่เกิน 6 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับจำนวนชั่วโมงในการดูแลแตกต่างกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 12 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 16 : เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความเครียดกับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ One-way ANOVA (N = 107)

การสนับสนุนทางสังคม	ความเครียด				
	N	Mean	S.D.	F/Welch	p-value
การสนับสนุนทางสังคมน้อย	15	25.93	12.94	1.704	0.187
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	78	19.1	11.68		
การสนับสนุนทางสังคมมาก	14	20.07	15.32		

จากตารางที่ 16 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดกับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดกับการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency)

ตารางที่ 17 : แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficiency) (N = 107)

ปัจจัย	คะแนนความเครียด	
	R	p-value
อายุของผู้ป่วย	-0.083	0.394
อายุของผู้ดูแล	0.213	0.028*
รายได้ของผู้ดูแล (บาท)	-0.026	0.805
จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย	0.276	0.004**
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)	0.071	0.470
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)	0.079	0.417
คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	-0.012	0.028*

*Correlation is significant at the 0.05 (2-tailed)

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

จากตารางที่ 17 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) พบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุของผู้ดูแล และจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ

Logistic regression analysis

ตารางที่ 18 : แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ Logistic regression analysis (N=107)

ตัวแปร	B	S.E.(B)	p-value	Adjusted OR	95% CI of OR	
					Lower	Upper
โรคประจำตัวอื่น ๆ ของผู้ป่วย (มี)	1.755	0.629	0.005**	5.804	1.69	19.90
การรักษาที่ได้รับ (รักษาด้วยการล้างไตหรือการผ่าตัดเปลี่ยนไตร่วมกับการทานยา)	1.591	0.494	0.001**	4.908	1.86	12.92
ความเพียงพอของรายได้ (ไม่เพียงพอ)	1.703	0.646	0.008**	5.491	1.55	19.48
ค่าคงที่	-2.467	0.654	<0.001			

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 18 พบว่าเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยใช้สถิติ logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วยวิธี forward likelihood ratio แล้ว

กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยง 5.804 เท่าต่อการเกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการล้างไตหรือการผ่าตัดเปลี่ยนไตร่วมกับการทานยามีความเสี่ยง 4.908 เท่าต่อการเกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างที่รายได้ไม่เพียงพอมีความเสี่ยง 5.491 เท่าต่อการเกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 107 คน ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย 2. แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล 3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการบรรยายลักษณะข้อมูลใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ใช้สถิติ t-test และ One-way ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรวมความเครียด ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง และเพศชาย ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุ ตั้งแต่ 71 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.5 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.54 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 17 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 93 ปี โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 65.4 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังโดยคิดเป็นร้อยละ 79.4 มีจำนวนยาที่รับประทานน้อยกว่า 5 ชนิด ร้อยละ 50.5 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 65.4 ในส่วนของการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันนั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ทุกอย่างคิดเป็นร้อยละ 41.1

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเพศหญิง และเพศชาย ร้อยละ 77.6 และร้อยละ 22.4 ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.5 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.15 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 20 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 78 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 54.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง หรือเป็นพนักงาน โดยคิดเป็นร้อยละ 32.7 ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 30.2 โดยที่ลักษณะความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 49.5 ด้านระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 48.6 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 64.5

ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร ในสัดส่วนร้อยละ 52.3 โดยจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 6 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 49.5 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลมากกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.4 และด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณเองมีความรู้เพียงพอและเข้าใจดี ร้อยละ 55.1

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ส่วนใหญ่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจะไม่เกิดความเครียดโดยคิดเป็นร้อยละ 55.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนที่เหลือร้อยละ 44.9 จัดว่ามีความเครียด โดยมีความเครียดในระดับต่ำเป็นร้อยละ 38.4 และมีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 6.5 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.9 รองลงมาคือได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 14.0 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 13.1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือการมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และการรักษาที่ได้รับของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือความเพียงพอของรายได้ และการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

เมื่อใช้สถิติ t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยต่าง ๆ ได้ผลว่าในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับการมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย และการรักษาที่ได้รับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับสถานภาพสมรสมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับการมีโรคประจำตัวของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าค่าเฉลี่ยของอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวนชั่วโมงในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมกับระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

เมื่อใช้สถิติ One-way ANOVA ในการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับปัจจัยต่าง ๆ พบว่าในส่วนปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับจำนวนยาที่รับประทานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

เมื่อใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกับคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบว่าความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และจำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่โรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับของผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล สถานภาพสมรส จำนวนยาที่ผู้ป่วยรับประทาน จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วยวิธี forward likelihood ratio แล้วพบว่าผู้ดูแลที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยง 5.804 เท่าต่อการเกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการล้างไต หรือการผ่าตัดเปลี่ยนไตร่วมกับการทานยา มีความเสี่ยง 4.908 เท่าต่อการเกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเท่านั้น และผู้ดูแลที่รายได้ไม่เพียงพอมีความเสี่ยง 5.491 เท่าต่อการเกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอ

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 20.47 จัดอยู่ในความเครียดระดับต่ำ โดยร้อยละ 55.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังไม่เกิดความเครียด มีความเครียดในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 38.4 และมีความเครียดในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 6.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้ออารีย์ สาลิกา (2000)⁽⁵²⁾ ซึ่งได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังเช่นกัน พบว่าผู้ดูแลจำนวนมากมีความเครียดในระดับน้อย ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความเครียดในระดับต่ำ อาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งการศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำความเข้าใจกับข้อมูลความรู้ต่าง ๆ โดยผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักจะตระหนักถึงปัญหา

และมีความเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี สามารถเข้าใจสภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีการดูแลที่ถูกต้อง⁽³⁵⁾ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลประเมินความเข้าใจของตนเองต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วยว่าตนเองมีความรู้เพียงพอ และเข้าใจดีในการดูแล หรือปฏิบัติต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี ซึ่งในด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการประเมินความเข้าใจของตนเองต่อความรู้ในการดูแลผู้ป่วย อาจไม่สามารถวัดความรู้ที่แท้จริงของผู้ดูแลได้ว่าผู้ดูแลนั้นมีความรู้เพียงพอ และเข้าใจถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย จึงส่งผลให้ข้อมูลที่ได้ อาจไม่ตรงตามความเป็นจริง รวมไปถึงส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปี โดยที่ระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้น ผู้ดูแลอาจจะปรับตัวและสามารถเผชิญกับปัญหา และความยากลำบากในการดูแลได้ดีขึ้น⁽⁵⁶⁾ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพรชัย จุลเมตต์ และยุพิน ถนอมวิเศษ (2000)⁽³⁹⁾ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของแวนดาว วงศ์สุรประภิต (2003)⁽⁴⁸⁾ ซึ่งทำการศึกษาความเครียด และวิธีการปรับแก้ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน พบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน รวมถึงโรคความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการรับมือ หรือการเผชิญกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย

เมื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าการที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรัง การรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยโดยเฉพาะการได้รับการล้างไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไตร่วมกับทานยา และจำนวนยาที่รับประทานของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยด้านภาวะของสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของพรนภา ทวีพันธ์ (1997)⁽⁵⁷⁾ ที่ได้ทำการศึกษาความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาโดยการฉีดยา และได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา มีความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.001$ ซึ่งทั้งสองกรณีอาจสะท้อนถึงความรุนแรงของตัวโรคที่มากขึ้นจนต้องได้รับการล้างไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไตในผู้ป่วยโรคไต และการต้องได้รับการรักษาโดยการฉีดยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งความเครียดเหล่านั้นเกิดขึ้นจากความรุนแรงของตัวโรค และได้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้น เนื่องจากกังวลเกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย หรือการที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูงขึ้น เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และอาจเกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย⁽⁵⁸⁾

ความเพียงพอของรายได้มีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยที่ครอบครัวที่มีรายได้สูงหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เพราะครอบครัวที่มีรายได้น้อยจะต้องทำงานเพื่อหาค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมถึงค่ารักษาพยาบาล และการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลขึ้นได้มากกว่า⁽⁵⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี ตานินทร์ (2009)⁽⁵⁹⁾ ที่ทำการศึกษาความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ของ

ครอบครัวต่อเดือนแตกต่างกันมีความเครียดแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่พอใช้ มีความเครียดมากกว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้พอใช้ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของจิตรา รัตนดิถ ฌ ภูเก็ต (2006)⁽³⁵⁾ ที่ได้ทำการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี โดยอธิบายว่าการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐบาลนั้น ไม่ว่าจะมีความฐานะทางเศรษฐกิจต่ำหรือสูงก็มีมาตรฐานในการรักษาพยาบาลเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ยังมีระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลซึ่งสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ จึงทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด สำหรับในด้านความเพียงพอของรายได้เป็นอีกด้านหนึ่งที่ข้อมูลที่ได้รับอาจไม่ตรงตามความเป็นจริง เนื่องจากไม่ทราบแน่ชัดแล้วว่ารายได้ของผู้ดูแลได้นำมาเป็ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ แล้วความไม่เพียงพอของรายได้ที่นั้นเกิดจากการนำรายได้ของผู้ดูแลมาเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วยหรือไม่ จึงทำให้สรุปได้ไม่แน่ชัดถึงความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล

โรคประจำตัวของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพเป็ยงเบนหรือมีความเจ็บป่วย จะรู้สึกว่ามีภาระในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี และผู้ดูแลที่มีสุขภาพไม่ดีที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยด้วย ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เพียงพอ⁽⁴⁴⁾ ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล จึงทำให้เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประกอบพร ทิมทอง (2007)⁽⁶⁰⁾ ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ณ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่าภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสุขภาพของผู้ดูแลดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น แต่ถ้าผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพ จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Carey และคณะ (1991)⁽⁶¹⁾ ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ของผู้ดูแล โดยส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในเชิงลบ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีของกฤษณีย์ คมขำ (2015)⁽⁶²⁾ ที่พบว่าสุขภาพของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สถานภาพสมรสของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยคู่สมรส เป็นบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการช่วยสนับสนุนกันเอง และเป็นตัวกลางในการลดความเครียดของคู่สมรสของตนได้⁽³⁹⁾ ซึ่งคู่สมรสหรือคู่ชีวิตจะคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเสริมแรง เมื่อเกิดความรู้สึกเครียด หรือความไม่สุขสบายต่าง ๆ คู่สมรสจะมีส่วนทำให้รู้สึกอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย เกิดกำลังใจในการต่อสู้ และการเผชิญกับปัญหา⁽⁴⁰⁾ แต่ในทางกลับกันผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดความเครียดได้มากกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพอื่น ๆ เพราะถ้าหากเกิดปัญหาในระหว่างสัมพันธ์ภาพของคู่สมรสก็อาจก่อให้เกิดความเครียดต่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งได้⁽⁴¹⁾ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของเฟื่องฟ้า สีสวย (2007)⁽⁴²⁾ พบว่าผู้ที่มีสถานภาพโสดมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส โดยที่ผู้ดูแลที่มีสถานภาพโสดมักมีบุคคลอื่นในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เป็นโสดไม่มีภาระรับผิดชอบ

นอกเหนือจากการใช้ชีวิตประจำวันของตนเอง จึงทำให้มีโอกาสในการดูแลตนเอง และมีเวลาส่วนตัวมากขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของเฟื่องลดา เคนไชยวงศ์ (1996)⁽⁶³⁾ ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ พบว่าผู้ดูแล ที่มีสถานภาพสมรสคู่มิคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นผู้ดูแลที่มีผู้สนับสนุน ให้กำลังใจ แบ่งเบาภาระ ส่งผลให้ความเครียดลดลง

จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของเฟื่องฟ้า สีสวย (2007)⁽⁴²⁾ ที่พบว่าจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอธิบายว่าการที่ผู้ดูแลต้องดูแลโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลหลายด้านอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานานจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ความเครียด รู้สึกเป็นภาระมากขึ้นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jensen และคณะ (1991)⁽⁴⁷⁾ ที่ได้ศึกษาความเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานาน จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของมยุรี ตานินทร์ (2009)⁽⁵⁹⁾ ที่ทำการศึกษาความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี ซึ่งพบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันมีความเครียดไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของธัญญาภรณ์ ดาวนพแก้ว (2004)⁽⁶⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี พบว่าจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยไม่ว่าจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันจะมาก หรือน้อยความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก็ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน อาจเป็นไปได้ว่าเกิดจากกลุ่มประชากรที่มีโรคประจำตัวซึ่งมีความเรื้อรังและรุนแรงต่างกัน

อายุของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพราะอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างในเรื่องของความคิด และพฤติกรรม รวมทั้งประสบการณ์ในชีวิต อายุเป็นเงื่อนไขภายในบุคคลที่มีต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียด⁽³⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Piquart และ Sorensen (2007)⁽⁶⁵⁾ พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีสุขภาพที่เสื่อมลง และรู้สึกว่าดูแลเริ่มเป็นภาระ ส่งผลให้เกิดความเครียด ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของชูชื่น ชิวพูนผล (1998)⁽³⁴⁾ ที่ได้ทำการศึกษาในญาติของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ทำการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าการที่ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากสามารถปรับตัวได้ดีกว่าญาติผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่านั้น อาจเนื่องจากการที่บุคคลมีพัฒนาการและประสบการณ์เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถทนต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด พิจารณาเหตุการณ์ และตัดสินใจได้อย่างสุขุมรอบคอบ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา รัตนติลก ณ ภูเก็ต (2006)⁽³⁵⁾ ที่ได้ทำการศึกษาความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีความเครียดไม่แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีอายุมาก

การสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็น และช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสาสินี เทพสุวรรณ ญัฐจิรา ทองเจริญชพงศ์ และสรินทร์ เกรย์ (2013)⁽⁶⁶⁾ ที่ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ. 2553 พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่การมีเพื่อนหรือคนในสังคมคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ และการมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความสุข และความเครียด โดยพบว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะยิ่งส่งผลต่อระดับความสุขที่เพิ่มมากขึ้น และทำให้ความเครียดลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yusuf และ Nuhu (2011)⁽⁶⁷⁾ ที่ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไนจีเรีย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย หรือต่ำ ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรัง การรักษาที่ได้รับของผู้ป่วย ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล สถานภาพสมรส จำนวนยาที่รับประทาน จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยอายุของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคม มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ logistic regression analysis เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่นด้วยวิธี forward likelihood ratio แล้ว พบว่าตัวแปรที่เป็นปัจจัยทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้แก่การมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วย การรักษาด้วยการล้างไตหรือการผ่าตัดเปลี่ยนไตรวมกับการทานยาของผู้ป่วย และความไม่เพียงพอของรายได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยการมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกจากโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงมากที่สุด

ปัจจัยอื่น ๆ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่น ๆ กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แล้ว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยนั้น มีการศึกษาอื่น ๆ ระบุว่าปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวอาจมีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล เช่น การศึกษาวิจัยเรื่องความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรีของมยุรี ตานินทร์ (2009)⁽⁵⁹⁾ พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเครียดแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chan และ Chang (1999)⁽⁶⁸⁾ ที่ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในประเทศฮ่องกง พบว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อย มีระดับความเครียดในระดับที่สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง หรือการศึกษาของเฟื่องฟ้า สีสวย (2007)⁽⁴²⁾ พบว่าอาชีพมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการศึกษาของวารารณ จิธานนท์ (2003)⁽⁴⁰⁾ พบว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตแตกต่างกัน ทั้งนี้ทั้งนั้นการที่ผลออกมาไม่สอดคล้องกัน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดน้อย ความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง รวมไปถึงบริบทของภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. การศึกษาในครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่อื่น ๆ ซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างกันได้

2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรได้ทั้งหมด

3. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่สามารถบอกได้เพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ไม่สามารถบอกถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเครียดได้ เนื่องจากไม่ใช่การศึกษาเชิงวิเคราะห์

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้

1. จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่ของผู้ดูแลไม่เกิดความเครียด หรือมีความเครียดในระดับต่ำ แต่ถ้าหากความเครียดนั้นไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ความเครียดมีระดับที่สูง และเพิ่มมากขึ้นได้

2. ควรให้ทีมสหวิชาชีพ หรือบุคลากรทางการแพทย์ ได้ตระหนักถึงปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตลอดจนการให้การดูแลช่วยเหลือ และประคับประคองด้านจิตใจให้แก่ผู้ดูแลในการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลอีกด้วย

3. ควรมีการประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีความเครียดลดลง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในขนาดตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปอ้างอิงถึงประชากรได้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้ดูแล เช่น การใช้สารเสพติด เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือคุณภาพชีวิต เป็นต้น

4. ควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพถึงความเครียดของผู้ดูแล เพื่อให้ได้รายละเอียดแล้วนำมาวางแผนในการลดความเครียดของผู้ดูแล

5. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

รายการอ้างอิง

1. Fink JC, Brown J, Hsu VD, Seliger SL, Walker L, Zhan M. CKD as an Underrecognized Threat to Patient Safety. *American Journal of Kidney Diseases*. 2009;53(4):681-8.
2. James MT, Quan H, Tonelli M, Manns BJ, Faris P, Laupland KB, et al. CKD and Risk of Hospitalization and Death With Pneumonia. *American Journal of Kidney Diseases*. 2009;54(1):24-32.
3. Hailpern SM, Melamed ML Fau - Cohen HW, Cohen Hw Fau - Hostetter TH, Hostetter TH. Moderate chronic kidney disease and cognitive function in adults 20 to 59 years of age: Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Am Soc Nephrol*. 2007;18:2205.
4. Wilhelm-Leen ER, Hall YN, Tamura MK, Chertow GM. Frailty and Chronic Kidney Disease: The Third National Health and Nutrition Evaluation Survey. *The American Journal of Medicine*. 2009;122(7):664-71.e2.
5. Domrongkitchaiporn S, Sritara P Fau - Kitiyakara C, Kitiyakara C Fau - Stitchantrakul W, Stitchantrakul W Fau - Krittaphol V, Krittaphol V Fau - Lolekha P, Lolekha P Fau - Cheepudomwit S, et al. Risk factors for development of decreased kidney function in a southeast Asian population: a 12-year cohort study. *J Am Soc Nephrol*. 2005;16:791-9.
6. Chittinandana A, Chailimpamontree W Fau - Chaloeiphap P, Chaloeiphap P. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adult population. *J Med Assoc Thai*. 2006;89 Suppl 2:S112-20.
7. Kitiyakara C, Yamwong S Fau - Cheepudomwit S, Cheepudomwit S Fau - Domrongkitchaiporn S, Domrongkitchaiporn S Fau - Unkurapinun N, Unkurapinun N Fau - Pakpeankitvatana V, Pakpeankitvatana V Fau - Sritara P, et al. The metabolic syndrome and chronic kidney disease in a Southeast Asian cohort. *Kidney Int*. 2007;71:693-700.
8. Perkovic V, Cass A, Patel AA, Suriyawongpaisal P, Barzi F, Chadban S, et al. High prevalence of chronic kidney disease in Thailand. *Kidney Int*. 2008;73:473-9.
9. Ong-ajyooth L, Vareesangthip K, Khonputsra P, Aekplakorn W. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: a national health survey. *BMC Nephrology*. 2009;10(1):1-6.
10. Ingsathit A, Thakkinstian A Fau - Chaiprasert A, Chaiprasert A Fau - Sangthawan P, Sangthawan P Fau - Gojaseni P, Gojaseni P Fau - Kiattisunthorn K, Kiattisunthorn K Fau - Ongaiyooth L, et al. Prevalence and risk factors of chronic

- kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant*. 2010;25:1567-75.
11. ศิริรัตน์ เรื่องจ้อย. โรคไตเรื้อรัง : ความรู้พื้นฐานสู่ความเป็นเลิศในเวชปฏิบัติ. In: เศกสรรค์ ชัยสุขสันต์, ปิยะวรรณ เขียวระณะสกุล, ธัญญาลักษณ์ นัตถาพร, editors. การประชุมวิชาการประจำปี "อายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก" (ambulatory medicine) 2557; ระหว่างวันที่ 7 - 8 กรกฎาคม 2557; กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: เพ็ญพรินตัง; 2557. p. 12-21.
 12. Zarit SH. Interventions with frail elders and their families: Are they effective and why. *Stress and coping in later life families*. 1990:241-65.
 13. อรรถพงศ์ วงศ์วิวัฒน์. โรคไตเรื้อรัง. เจียรกุล น, editor. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2556. 446-57 p.
 14. Levey AS, de Jong Pe Fau - Coresh J, Coresh J Fau - El Nahas M, El Nahas M Fau - Astor BC, Astor Bc Fau - Matsushita K, Matsushita K Fau - Gansevoort RT, et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. *Kidney Int*. 2011;80:17-28.
 15. Levey AS, Eckardt Ku Fau - Tsukamoto Y, Tsukamoto Y Fau - Levin A, Levin A Fau - Coresh J, Coresh J Fau - Rossert J, Rossert J Fau - De Zeeuw D, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int*. 2005;67:2089-100.
 16. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*. 2013;3:1-150.
 17. วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ, เถลิงศักดิ์ กาญจนบุษย์. โรคไตเรื้อรัง. ชูษณา สวนกระต่าย, นภชาญ เอื้อประเสริฐ, กำพล สุวรรณพิมลกุล, กมลวรรณ จุติวรกุล, editors. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558. 630-53 p.
 18. NKF-DOQI. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease : Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis*. 2002;39:S17-S31.
 19. เกரிய ตั้งสง่า. โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease). สมชาย เอี่ยมอ่อง, สมจิตร เอี่ยมอ่อง, เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, ขจร ติรณธนากุล, เกரிய ตั้งสง่า, วิศิษฐ์ สิตปรีชา, editors. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2554. 1916 p.
 20. ประเชษฐ์ เรื่องกาญจนเศรษฐ์. *Chronic Kidney Disease*. 2 ed. บัญชา สติระพจน์, editor. กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า; 2557. 451-69 p.
 21. Selye H. *The street of life*. New York: Mc Graw Hill; 1976.

22. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 3 ed. กรุงเทพฯ: สยามเอ็มแอนด์บี พับลิชชิ่ง; 2542. 9-14 p.
23. เครือวัลย์ ทรัพย์เจริญ. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
24. ศรีรัตน์ คุ่มสิน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ] กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
25. วรรณรัตน์ สิงใส. การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
26. วัลลภา ผ่องแผ้ว. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
27. พนิดตา ศรีหาค้าง. ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
28. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาริบัติพยาบาลสาร. 2539;2(1):84-94.
29. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, พิมพมาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
30. กรมสุขภาพจิต. ฝ่าวิกฤตชีวิตด้วยการปรึกษา. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
31. ศรีนยา ฉันทะปรีดา. ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโยคะต่อความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
32. ศิริพันธ์ สาสัจย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. 3 ed. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
33. สุภาพ เหมือนชู. ปัจจัยทำนายนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
34. ชูชื่น ชีวพูนผล. อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

- ลูกกลม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
35. จิตรา รัตนดิถก ณ ภูเก็ต. การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการพัฒนาการ]. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2549.
 36. Degeneffe CE, Torkelson Lynch R. Correlates of Depression in Adult Siblings of Persons with Traumatic Brain Injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2006;49(3):130-42.
 37. Katz S, Kravetz S Fau - Grynbaum F, Grynbaum F. Wives' coping flexibility, time since husbands' injury and the perceived burden of wives of men with traumatic brain injury. *brain injury*. 2005;19(1):59-66.
 38. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
 39. พรชัย จุลเมตต์, ยุพิน ถนัดวณิชย์. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2543.
 40. วราภรณ์ จิธานนท์. สุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
 41. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;52(3):511-24.
 42. เพ็ญฟ้า สีสวย. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
 43. Cabral L, Duarte J, Ferreira M, dos Santos C. Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Atención Primaria*. 2014;46, Supplement 5:176-9.
 44. นันทน์ภัส ยุทธไธสงค์. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการจัดการความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็ง. [สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
 45. Dring R. The formal caregivers responsible for home care the individual with cognitive dysfunction following brain injury. *Journal of neuroscience nursing*. 1989.
 46. นัทธมนต์ ฉิมสุข. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
 47. Jensen S, Given BA. Fatigue affecting family caregivers of cancer patients. *Cancer Nursing*. 1991;14(4):181-7.

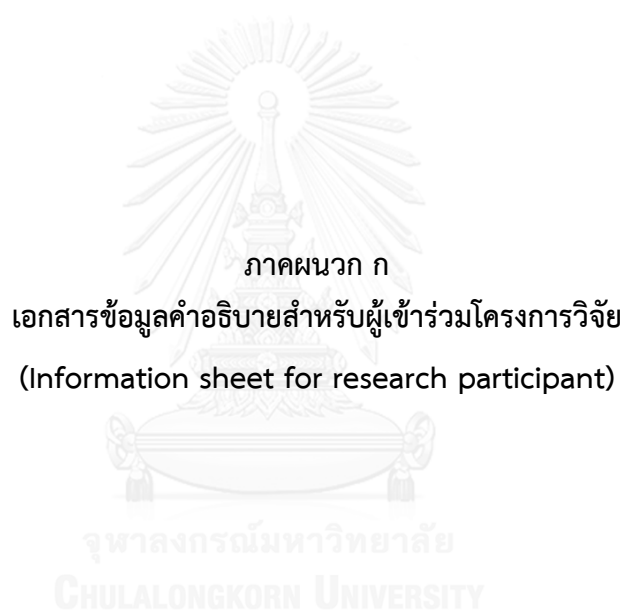
48. แหวดาว วงศ์สุรประภิต. ความเครียด และวิธีการปรับแก้ของผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
49. กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระยะพักฟื้น. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539.
50. Reis MF, Gold Dp Fau - Andres D, Andres D Fau - Markiewicz D, Markiewicz D Fau - Gauthier S, Gauthier S. Personality traits as determinants of burden and health complaints in caregiving. The International Journal of Aging and Human Development. 1994;39(3):257-71.
51. Rankin SH, Monahan P. Great Expectations: Perceived Social Support in Couples Experiencing Cardiac Surgery. Family Relations. 1991;40(3):297-302.
52. เอื้ออารีย์ สาริกา. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
53. Zarit Sh Fau - Reeve KE, Reeve Ke Fau - Bach-Peterson J, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist. 1980;20(6):649-55.
54. Schaefer C Fau - Coyne JC, Coyne Jc Fau - Lazarus RS, Lazarus RS. The health-related functions of social support. J behav med. 1981;4(4):384-406.
55. Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. J Med Assoc Thai. 2006;89 Suppl3:S13-9.
56. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
57. พรนภา ทรัพย์นุต. ความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
58. สุปัทศิริ บุญยะวัตร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลเด็ก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2548;1(ม.ค.-เม.ษ.):55-70.
59. มยุรี ตานินทร์. ความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาชุมชน]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2552.


60. ประกอบพร ทิมทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
61. Carey PJ, Oberst Mt Fau - McCubbin MA, McCubbin Ma Fau - Hughes SH, Hughes SH. Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. 1991;18(8):1341-8.
62. กฤษณีย์ คมขำ. ปัจจัยทำนทานการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 2558;16(2):114-22.
63. เพ็ญลดา เคนไชยวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539.
64. รัญญาภรณ์ ดาวนพแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
65. Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis. *Journal of Gerontology, Series B Psychosocial Sciences and Social Sciences*. 2007;61(1):33-45.
66. สาลินี เทพสุวรรณ, ญัฐจิรา ทองเจริญชูพงษ์, รศรินทร์ เกรย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดและความสุขของการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารประชากร*. 2553;4(1):75-89.
67. Yusuf AJ, Nuhu FT. Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;46(1):11-6.
68. Chan CW, Chang AM. Stress associated with tasks for family caregivers of patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*. 1999;22(4):260-5.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



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

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง ความเครียด และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นายณัฐพงศ์ เป็นลาภ
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ มือถือ 085 – 9073355

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ อ.นพ.ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร
ที่อยู่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4
เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 02-256-4346,4298

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี


เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ผู้วิจัยได้เลือกและรับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบได้ทั่วโลก เนื่องจากความชุกและอุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังพบว่าสูงขึ้นเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดโรคไตวายและมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูง โดยในช่วงแรกของโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยจะไม่พบอาการผิดปกติ จึงไม่ได้มาพบแพทย์ และรับการวินิจฉัยตั้งแต่วัยเริ่มแรกของโรค และจะเกิดอาการผิดปกติ เมื่อมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระยะที่โรคดำเนินไปมากขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคไตเรื้อรังมีผลกระทบในหลายระบบ ซึ่งจากการเจ็บป่วยในโรคไตเรื้อรัง

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

ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง แล้วยังส่งผลกระทบต่อไปยังครอบครัวของผู้ป่วยเอง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้ และการทำตามบทบาททางสังคม หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้ จึงต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความเครียดทั้งตัวผู้ป่วยเองและสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและเห็นความสำคัญในการศึกษาในหัวข้อนี้ เพื่อที่จะนำผลการวิจัยและข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางให้ บุคลากรทางการแพทย์ และทีมสหวิชาชีพได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลและวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จำเป็นต้องทำการล้างไต เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ มีสุขภาพดีขึ้นในทุกๆ ด้านสามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ เพื่อศึกษาความเครียด และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยคือ 107 คน


วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ตอนคือ ตอนที่1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 22 ข้อ และส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ คาดว่าใช้เวลาทำประมาณ 30 นาที

ท่านมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้ รวมถึงสิทธิ์ในการเลือกที่จะไม่ตอบแบบสอบถามในข้อที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ และบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการทำงานของท่าน

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อยคือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

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

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านอาจไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยและข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ และทีมสหวิชาชีพได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลและวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่จำเป็นต้องทำการล้างไต เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถลดความเครียดที่เกิดขึ้นได้ มีสุขภาพดีขึ้นในทุกๆ ด้าน สามารถปรับตัวและปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากท่านสนใจทราบผลการวิจัยความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ทำการล้างไต ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สามารถติดต่อผู้ทำวิจัยคือ นายณัฐพงศ์ เป็นलग โทรศัพท 085-9073355 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งผู้วิจัยยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทน ค่าเดินทางและเงินชดเชยการสูญเสียรายได้ จากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย


การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจจะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

หากท่านยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นายณัฐพงศ์ เป็นलग ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 เบอร์โทรศัพท์ 085 – 9073355

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

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการครั้งนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้ในการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับทราบการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันท์มหิตล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
--	---

การวิจัยเรื่อง ความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2558

สถานที่..... เวลา.....น.

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้
ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบ
ยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของ
การทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น จากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและ
โอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วย
ความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ


ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง
เหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานในหน้าที่หรือสิทธิ์
อื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้
เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น อย่างไรก็ตามคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ต้องกระทำไปเพื่อ
วัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่
ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้
ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า
และสามารถยกเลิกการใช้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัย รวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่
มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและใน
คอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ
รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตเท่านั้น

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
--	---

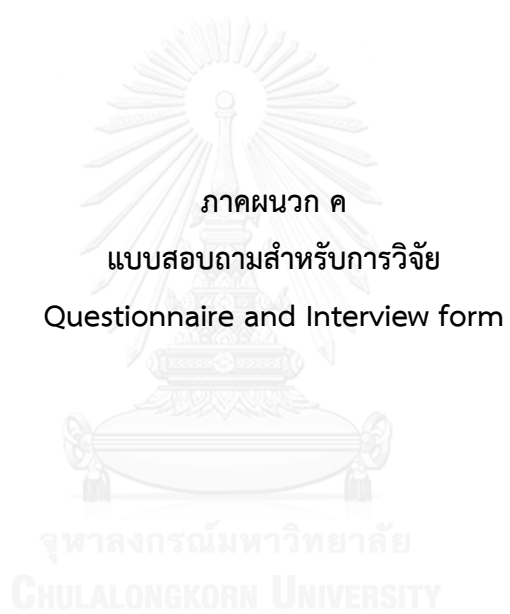
ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น จากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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



แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ณ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำชี้แจง

แบบสอบถามประกอบด้วยทั้งหมด 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ

รหัส

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน แล้วกรอกข้อมูลลงในช่องว่าง

ตอนที่ 1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

- เพศ หญิง ₁ ชาย ₂
- ปัจจุบันท่านอายุปี
- ระยะเวลาการเจ็บป่วยปีเดือน
- โรคประจำตัวอื่นๆ นอกจากโรคไต
ไม่มี ₁ มี (โปรดระบุ)..... ₂
- ชนิดของการล้างไตที่ได้รับการรักษาในปัจจุบัน
การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ₁
การล้างไตทางช่องท้อง ₂
- ปัจจุบันจำนวนยาที่รับประทาน.....ชนิด
- การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (เช่น การรับประทานอาหาร การดูแลเรื่องความสะอาด และสุขอนามัย การเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง การทำงานหารรายได้)
ดูแลตนเองได้ทุกอย่าง ₁
ดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ₂
ดูแลตนเองได้บางอย่าง ₃
ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ₄

ตอนที่ 1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

- เพศ หญิง ₁ ชาย ₂
- ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
- สุขภาพสมรส โสด ₁ สมรส ₂ หย่าร้าง ₃ แยกกันอยู่
- ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ
ไม่ได้ประกอบอาชีพ ₁ รับราชการ ₂
รัฐวิสาหกิจ ₃ ธุรกิจส่วนตัว ₄
รับจ้าง พนักงาน ₅ อื่นๆ โปรดระบุ..... ₆
- รายได้ของท่าน.....บาท/เดือน (รายได้หลักจากการประกอบอาชีพ)
เพียงพอ เหลือเก็บ ₁ เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ ₂
ไม่เพียงพอ ไม่เป็นหนี้ ₃ ไม่เพียงพอ เป็นหนี้ ₄

6. วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ได้รับ

ไม่ได้เรียนหนังสือ 1 ประถมศึกษา 2

มัธยมศึกษาตอนต้น 3 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 4

อนุปริญญา/ปวส. 5 ปริญญาตรีขึ้นไป 6

7. โรคประจำตัว ไม่มี 1 มี (โปรดระบุ)..... 2

8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

บิดา/มารดา 1 สามี/ภรรยา 2 บุตร 3 หลาน 4

อื่นๆ (โปรดระบุ)..... 5

9. จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน.....ชั่วโมง

10. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

11. ท่านได้รับข้อมูลและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไต

เพียงพอและเข้าใจดี 1 พอเข้าใจได้บ้างบางส่วน 2

ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ 3 ไม่ทราบข้อมูลเลย 4

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว โดยแต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
เกือบไม่เคย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกกับท่านน้อยครั้งมาก
บางครั้ง	หมายถึง	เกิดความรู้สึกนั้นกับท่านเป็นบางครั้ง
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	เกิดความรู้สึกเหล่านั้นกับท่านบ่อย
เป็นประจำ	หมายถึง	เกิดความรู้สึกเหล่านั้นกับท่านบ่อยเป็นประจำ

ข้อความ	ไม่เคย	เกือบไม่เคย	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เป็นประจำ
1. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยร้องขอความช่วยเหลือมากกว่าความต้องการจริง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากว่าใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมาก ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง					
3. ท่านรู้สึกมีความเครียดทั้งงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยและงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ					
4. ท่านรู้สึกอึดอัดใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย					
5. ท่านรู้สึกหงุดหงิดใจ หรือโกรธขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
6. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนแย่ลง					
7. ท่านรู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่าน					
8. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยต้องพึ่งพาท่าน					
9. ท่านรู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ใกล้ผู้ป่วย					
10. ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านไม่ค่อยดี เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
11. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีความเป็นส่วนตัวเท่าที่ต้องการ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					

ข้อความ	ไม่เคย	เกือบไม่เคย	บางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เป็นประจำ
12. ท่านรู้สึกที่ท่านไม่สามารถมีสังคมได้ตามปกติ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย					
13. ท่านรู้สึกไม่สะดวกในการติดต่อ/คบหากับเพื่อน เนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย					
14. ท่านรู้สึกว่าผู้ป่วยคาดหวังในตัวท่านมาก เสมือนมีท่านคนเดียวเท่านั้นที่พึ่งพาได้					
15. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วย					
16. ท่านรู้สึกว่าท่านจะไม่สามารถอดทนดูแลผู้ป่วยได้อีกไม่นาน					
17. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สามารถควบคุมจัดการชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย					
18. ท่านอยากที่จะเลิกดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของท่านและให้คนอื่นมาดูแลแทน					
19. ท่านรู้สึกว่าไม่มีอะไรที่มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วย					
20. ท่านรู้สึกว่าท่านควรจะได้รับการดูแลจากญาติคนอื่น					
21. ท่านรู้สึกว่าท่านน่าจะดูแลญาติของท่านได้ดีกว่านี้					
22. โดยภาพรวมท่านรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นภาระสำหรับท่าน					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ด้านอารมณ์					
1. มีผู้แสดงความเห็นอกเห็นใจเมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย					
2. มีผู้ห่วงใยถามข่าวคราวทุกข์สุขของท่าน					
3. ท่านได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัวเมื่อไม่สบายใจหรือเป็นทุกข์					
4. บุคคลรอบข้างเป็นเพื่อนที่ดีกับท่าน					
5. ท่านมีผู้ที่ไว้วางใจและเป็นที่ปรึกษาได้เมื่อไม่สบายใจ					
6. คนในครอบครัวดีต่อท่านเสมอ					
7. เพื่อนร่วมงานดีต่อท่านเสมอ					
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร					
1. มีผู้ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์แก่ท่านเสมอ					
2. มีผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นอย่างดี					
3. มีผู้แนะนำท่านเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย					
4. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องที่ท่านอยากรู้					
3. ด้านทรัพยากรและวัตถุ					
1. เมื่อมีปัญหาการเงิน ท่านได้รับความช่วยเหลือเสมอ					
2. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของท่าน					
3. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระที่ทำงานของท่าน					
4. มีผู้ช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลสมาชิกในครอบครัวของท่าน					
5. ท่านได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นเสมอ					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ - นามสกุล นายณัฐพงศ์ เป็นลาภ

เกิดเมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ.2535

จังหวัดกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันอายุ 23 ปี

พ.ศ.2556 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี สังคมสงเคราะห์ศาสตรบัณฑิต
จากคณะสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

พ.ศ.2557 เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

