ความเชื่อทางพุทธศาสนาและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
Buddhist Beliefs and Caregiving Burden among Caregivers of Older Persons with Congestive Heart Failure

สารภี ศรีโสภณ* ลินจง โปธิบาล** ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์***
Sarapee Seesopon* Linchong Pothiban** Nattaya Suwankruhasn***

บทคัดย่อ

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองและมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมากขึ้นเป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดภาระในการดูแล การวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระในการดูแลและความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนา ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 88 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง เดือน มกราคม ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2560 โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุของ เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์[1] และแบบสอบถามความเชื่อทางพุทธศาสนาของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีคะแนนเฉลี่ยของระดับภาระในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =33.36, SD=4.29) และคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อทางพุทธศาสนาอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =77.70, SD=10.07) ความเชื่อทางพุทธศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแล ในขณะที่ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r=0.310, p<.01) กับภาระในการดูแลของผู้ดูแล

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารการพยาบาล ในการกำหนดนโยบายด้านการพยาบาลในการประเมินและติดตามภาระของผู้ดูแล และเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาล ในการวางแผนการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ : ความเชื่อทางพุทธศาสนา ภาระในการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

** พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*

*** รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

**** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

ABSTRACT

Congestive heart failure (CHF) is a chronic illness that limits the self- help ability of older persons and increases care needs from caregiver resulting in increased burden for caregivers. This correlational descriptive study aimed to describe caregiving burden and its correlation with Buddhist beliefs and the level of heart failure severity among caregivers of older persons with congestive heart failure. Participants were 88 caregivers of older persons with congestive heart failure purposively selected from those who met the inclusion criteria. Data were collected during January - March 2017 using questionnaires including the Demographic Data Recording Form, Kenchiwong' s Older People Caregiving Burden Scale (1996) and the Buddhist Beliefs Questionnaire. Its reliability of instrument was 0.80 and 0.82 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman correlation test.

The results showed that caregivers had a moderate burden level ($\overline{X}$ =33.36, SD=4.29) and ranked high on their Buddhist beliefs ($\overline{X}$ =77.70, SD=10.07). Buddhist beliefs was not significantly related to burden, while severity of heart failure was significantly positively related to caregiving burden(r=0.310, p <.01).

The study results are beneficial for nurse administrators to set up nursing policy for caregiving burden assessment and for monitoring purposes for nurses who plan interventions to reduce the caregiving burden of CHF caregivers.

Keywords : Buddhist Beliefs, Caregiving Burden, Caregiver of Older Persons, Congestive Heart Failure, Level of Heart Failure Severity

** Professional Nurse, MaharajNakorn Chiang Mai Hospital*

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

**** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรสูงอายุ จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ในปี พ.ศ. 2555 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว คิดเป็น 17.5 ล้านคนต่อปี และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคนต่อปีในปี พ.ศ. 2573 นอกจากนี้สมาคมโรคหัวใจอเมริกัน (American Heart Association) พบว่าในระหว่างปี พ.ศ. 2552-2555 ประชากรทั่วโลกที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นโดย ในกลุ่มอายุ 60-79 ปี ในเพศชายพบร้อยละ 6.6 และในเพศหญิงพบร้อยละ 4.8 และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ในเพศชายพบร้อยละ 10.6 และในเพศหญิงพบร้อยละ 13 เช่นเดียวกับสถิติของญี่ปุ่นและจีนที่พบความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลวตามอายุที่เพิ่มขึ้น[2]

ในประเทศไทยแม้ว่ายังไม่มีข้อมูลจำนวนของภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรงแต่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558 ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 253,046 คน คิดเป็น 397.24 ต่อประชากรแสนคนและในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 325,873 คน คิดเป็น 501.13 ต่อประชากรแสนคน การเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้แต่ละประเทศรวมถึงประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ดังนั้น ภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่หน่วยงานของภาครัฐต้องให้ความสนใจและสนับสนุนช่วยเหลือ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือหน้าที่ของหัวใจทำให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ[3] โดยอาจเกิดจากหลายสาเหตุที่พบได้บ่อย คือ โรคหัวใจขาดเลือด รวมทั้งจากการมีอายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่พบภาวะหัวใจล้มเหลวได้บ่อยและรุนแรงกว่าวัยอื่น ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่เกิดเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association : NYHA) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่แล้วแต่จะไม่แสดงอาการ ระดับที่ 2 เป็นขั้นต้นของอาการหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยเวลาออกแรง ระดับที่ 3 เป็นระยะปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยแม้จะทำกิจวัตรประจำวันเล็กๆ น้อยๆ และระดับที่ 4 เป็นขั้นรุนแรง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยอยู่ตลอดเวลาแม้ในขณะนั่ง ยืน เดิน หรือนอน ซึ่งจะเห็นได้ว่าระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ต้องพึ่งพาและต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมากขึ้น จึงส่งผลกระทบอย่างมากทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแล

เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาและดูแลจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจึงเป็นภารกิจที่ยาวนาน เป็นงานที่หนักและซับซ้อนต้องอาศัยความพยายามและแรงงาน

อย่างต่อเนื่อง[4] ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ผู้ดูแลมีเวลาดูแลตัวเองลดลง ส่งผลให้สุขภาพร่างกายเกิดความเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจากการสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดความเครียดทางการเงินตามมา[5] ดังนั้นการดูแลผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระในการดูแลขึ้น โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์การดูแลที่เกิดจากระดับความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้นได้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น

ภาระในการดูแล (Caregiving Burden) เป็นความเครียดที่ผู้ดูแลรับรู้จากการประเมินสถานการณ์การดูแล[6] ซึ่งแนวคิดของภาระในการดูแลหรือภาระของผู้ดูแลส่วนใหญ่พัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน[7] ทั้งนี้ตามแนวคิดของมอนโกเมอรี่และคณะ[8] เป็นการประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลที่อยู่ภายในสังคมและการดูแลจะก่อให้เกิดภาระซึ่งประกอบด้วย ภาระเชิงปรนัย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตผู้ดูแลที่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลและภาระเชิงอัตนัย ซึ่งเป็นความรู้สึกและทัศนคติต่อสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ดูแล[9] และมอนโกเมอรี่และคณะ[8] ได้กล่าวถึงปัจจัยทำนาย 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอารมณ์ความรู้สึก เช่น ลักษณะบุคลิกภาพ ทัศนคติ ความเชื่อและค่านิยม และปัจจัยภายนอก เช่น ปัจจัยเชิงระบบวัฒนธรรม หรือ ทรัพยากรชุมชน ซึ่งปัจจัยด้านส่วนบุคคลและปัจจัยภายนอกนั้นเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ยากหรือไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ส่วนปัจจัยด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อการดูแลนั้นสามารถปรับเปลี่ยนได้ เนื่องจากปัจจัยกลุ่มนี้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์การดูแลในสถานการณ์การดูแลเดียวกัน หากบุคคลประเมินสถานการณ์เป็นด้านบวกจะทำให้การรับรู้ภาระในการดูแลน้อยลง แต่หากประเมินสถานการณ์เป็นด้านลบจะเกิดการรับรู้ภาระในการดูแลมากขึ้น ดังนั้น การจะปรับเปลี่ยนการรับรู้ภาระในการดูแลจึงต้องปรับเปลี่ยนการประเมินสถานการณ์การดูแลให้เป็นไปในทางบวกมากขึ้น

ความเชื่อทางศาสนาเป็นทัศนคติต่อแง่มุมต่างๆ ของศาสนาใดศาสนาหนึ่ง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเผชิญปัญหาที่บุคคลสามารถใช้เพื่อลดความเครียดและช่วยในการปรับตัว ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธจะมีความเชื่อทางพุทธศาสนาซึ่งเป็นความเชื่อตามหลักคำสอนของพระพุทธเจ้า หลักธรรมคำสอนที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและมีมุมมองด้านบวกต่อการดูแล คือ หลักศรัทธา 4[10] ประกอบด้วย 1) เชื่อปัญญาตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า (ตถาคตโพธิสัทธา) 2) เชื่อกฎแห่งกรรม (กัมมสัทธา) เชื่อว่ากรรมหรือการกระทำดีและการกระทำชั่วมีจริง 3) เชื่อผลของกรรม (วิปากสัทธา) เชื่อว่ากรรมที่ทำแล้วต้องมีผล และผลต้องมีเหตุ ผลดีเกิดจากกรรมดี ผลชั่วเกิดจากกรรมชั่ว และ 4) เชื่อว่าสัตว์มีกรรมเป็นของตน (กัมมัสสกตาสัทธา) เชื่อว่าแต่ละคนเป็นเจ้าของแห่งการกระทำของตน ในทางพุทธศาสนา พระพุทธเจ้าได้ทรงสอนให้ทุกคนเห็นว่า ทุกสิ่งเกิดขึ้นตามเหตุและปัจจัย เมื่อบุคคลมองเห็นสาเหตุก็จะเกิดปัญญาแก้ไขปัญหาได้และทรงสอนให้เห็นความเป็นจริงของธรรมชาติที่เรียกว่า พระไตรลักษณ์ คือ ความไม่เที่ยง (อนิจจตา), ความเป็นทุกข์ (ทุกขตา) และความไม่ใช่ตัวตน ความไม่มีตัวตน (อนัตตตา) ซึ่งจากความเชื่อดังกล่าวจะช่วยให้บุคคลสามารถยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตว่าทุกอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องได้รับ

การดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ความเชื่อทางพุทธศาสนาดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลมองสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่อย่างเข้าใจ เห็นใจในความทุกข์ของผู้ป่วยและพอใจในสิ่งที่ตนเองกระทำ มีความคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการทำดีซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง ผู้ดูแลที่มีความเชื่อทางพุทธศาสนาจะมีความประสงค์ที่จะทำกรรมดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับภาระในการดูแล และระดับความรุนแรงของอาการภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นกลุ่มสูงอายุของไทยรวมทั้งจากแนวคิดที่ว่าความเชื่อทางพุทธศาสนาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกหรือทัศนคติด้านลบต่อการดูแล อาจทำให้มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแล ยังมีการศึกษาน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามการรับรู้ของผู้ดูแล รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนา ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวกับภาระในการดูแล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาล ในการวางแผนการปฏิบัติ เพื่อช่วยลดการรับรู้ภาระในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันจะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนาและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุและภาระในการดูแลของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

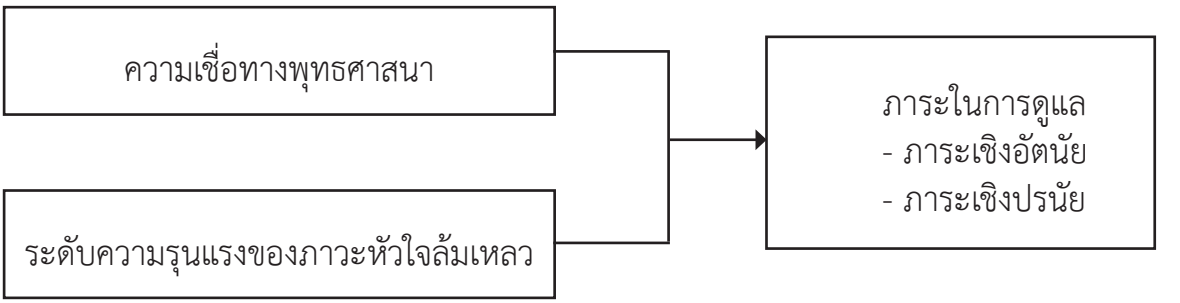
1. ความเชื่อทางพุทธศาสนามีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดภาระในการดูแลของ มอนโกเมอรี่และคณะ[8] ซึ่งมองประสบการณ์การดูแลเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแลที่อยู่ภายในสังคม ภาระในการดูแลจะเกิดเมื่อผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตผู้ดูแลหรือก่อให้เกิดความรู้สึกและทัศนคติต่อการดูแล ดังนั้นภาระจึงแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ภาระเชิงปรนัย (Objectiveburden) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในชีวิตผู้ดูแลที่เกิดจากพฤติกรรมดูแล และภาระเชิงอัตนัย (Subjectiveburden) ซึ่งเป็นความรู้สึกและทัศนคติต่อการดูแล การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของอาการเพิ่มมากขึ้น ตามการแบ่งของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค ระดับที่ 1-4 ระดับความรุนแรงของอาการที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพิงผู้ดูแลในทุกๆด้าน ผู้สูงอายุจะมีความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุเมื่อมีระดับอาการที่รุนแรงมากขึ้น จะมีความซับซ้อนและความยากของงานในการดูแลเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวันเพิ่มมากขึ้น และใช้เวลาต่อเนื่องและยาวนาน เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ

และสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้น ประกอบกับหากสถานการณ์การดูแลนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตมากหรือก่อให้เกิดความรู้สึกและทัศนคติทางด้านลบ ผู้ดูแลจะเกิดภาระมาก และหากสถานการณ์การดูแลไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงน้อย หรือทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกและทัศนคติทางด้านบวกต่อการดูแล ผู้ดูแลจะเกิดภาระน้อย การประเมินสถานการณ์ดังกล่าวว่ามีผลต่อตนเองอย่างไรจะขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง โดยความเชื่อทางพุทธศาสนาเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลว่าไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตตนเอง หรือแม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงแต่ทำให้เกิดความรู้สึกและทัศนคติต่อการดูแลในทางบวกโดยเห็นว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดี เป็นบุญ ดังนั้นความเชื่อทางพุทธศาสนาจึงน่าจะมีผลต่อความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแลโดยเฉพาะภาระเชิงอัตนัย ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Correlational Descriptive Research) เพื่อศึกษาระดับความเชื่อทางพุทธศาสนาและภาระในการดูแลและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนา ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและภาระในการดูแลของผู้ดูแล

2. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวทั้งชายและหญิง ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและ/หรือมีโรคอื่นร่วม ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจและรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี Power Analysis เปิดตารางสำเร็จรูปของโพลิทและเบค[11] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 คน โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างไว้ ได้แก่ 1) มีอายุอยู่ในช่วง 25-59 ปี 2) นับถือศาสนาพุทธ 3) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักแก่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวและ

แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามเกณฑ์การแบ่งของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อภาษาไทยได้ 5) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3.2 แบบสอบถามภาระในการดูแลของเฟื่องลดา เคนไชยวงศ์[1] ได้แปลและดัดแปลงจากแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุของมอนต์โกเมอรี และคณะ[8] ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แบบวัดภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมความยากลำบากหรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตผู้ดูแลที่เกิดจากพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามเชิงลบ ข้อที่ 1, 3, 5, 8, 11 และ 14 และแบบวัดภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมความรู้สึกและทัศนคติต่อการดูแลประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามเชิงบวก ข้อที่ 2, 4, 6, 7, 9, 10, 12 และ13 ลักษณะข้อคำถามภาระทั้ง 2 ด้าน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยคะแนนรวมของภาระเชิงปรนัยอยู่ในช่วง 0 – 24 คะแนน ภาระเชิงอัตนัยอยู่ในช่วง 0 – 32 คะแนน และคะแนนรวมทั้งภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยอยู่ในช่วง 0 - 56 คะแนน แบ่งกลุ่มคะแนนทั้งหมดออกเป็น 3 ช่วง โดยใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น[12] การแปลผลโดยรวม ดังนี้ 0 – 18 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ 19 – 37 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลอยู่ในระดับปานกลางและ 38 – 56 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลอยู่ในระดับสูง คะแนนภาระแบบสอบถามนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาใดๆ จึงไม่ทำการทดสอบความเที่ยงตรงซ้ำและหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

3.3 แบบสอบถามความเชื่อทางพุทธศาสนา ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้น โดยดัดแปลงข้อคำถามบางส่วนของแบบวัดความเชื่อทางพุทธศาสนาของ พระภูเมทสุเมโธ (พูนสุวรรณ)[13] ที่เกี่ยวกับหลักศรัทธา 4 และเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับหลักพระไตรลักษณ์ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ โดยแบ่งเป็น หลักศรัทธา 4 จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ความเชื่อปัญญาตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า (ตถาคตโพธิสัทธา) 6 ข้อ, ความเชื่อเรื่องกรรม (กัมมสัทธา) 3 ข้อ, ความเชื่อผลของกรรม (วิปากสัทธา) 3 ข้อ, ความเชื่อว่าสัตว์มีกรรมเป็นของตน (กัมมัสสกตาสัทธา) 2 ข้อ และหลักพระไตรลักษณ์ 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคะแนน รวมอยู่ในช่วง 18- 90 คะแนน แบ่งกลุ่มคะแนนทั้งหมดออกเป็น 3 ช่วงโดยใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น[12] การแปลผลโดยรวม เป็นดังนี้ 18-42 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่อทางพุทธศาสนาอยู่ในระดับต่ำ 43-66 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่อทางพุทธศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง 67-90 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีความเชื่อทางพุทธศาสนาอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามความเชื่อทางพุทธศาสนาได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหารายข้อ เท่ากับ 0.83 - 1 และดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุดเท่ากับ 0.99 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อขอรับการรับรองด้านจริยธรรม เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระและมีเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวหรือยกเลิกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จนได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คนผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายวิธีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองโดยใช้แบบสอบถามแบบวัดความเชื่อทางพุทธศาสนาและแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลด้วยวิธีการอ่านให้ฟังแล้วให้ตอบ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที จากนั้นผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลและจัดเตรียมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2560

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และโรคประจำตัว นำมาวิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ สัดส่วนอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความเชื่อทางพุทธศาสนา ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นำมาวิเคราะห์โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนและหาค่าความถี่และร้อยละของระดับคะแนน

3. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนแบบสอบถามทั้ง 2 ชุดโดยใช้ Kolmogorov-smirnov test พบว่า ความเชื่อทางพุทธศาสนา ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนาและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.59 มีอายุระหว่าง 46-60 ปี ร้อยละ 60.23 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.73 ปี (SD= 9.84) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.50 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45.45 ประกอบอาชีพ รับราชการ ร้อยละ 23.86 ส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีรายได้เพียงพอ โดยรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนประมาณ 38,684 บาทและร้อยละ 44.32 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครัวเรือนของประชากรไทย ร้อยละ 46.59 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 81.82 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร และร้อยละ 56.82 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ร้อยละ 21.59 เป็นโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับผู้สูงอายุในความดูแลพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 69.32 มีอายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 37.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 75.51 ปี (SD= 8.55) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.00 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.82 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.95 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับ 2 ร้อยละ 50 และมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.32

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระในการดูแลและความเชื่อทางพุทธศาสนาของผู้ดูแล

ข้อมูลเกี่ยวกับภาระในการดูแล และความเชื่อทางพุทธศาสนาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 88 คน พบว่า ผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาระในการดูแลทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อทางพุทธศาสนาอยู่ในระดับสูงดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนภาระในการดูแลโดยรวม รายด้านและความเชื่อทางพุทธศาสนาของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 88)

	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน	$\overline{X}$ (SD)	ระดับ
ภาระในการดูแลโดยรวม	0-56	24-50	33.36 (4.29)	ปานกลาง
- ภาระเชิงปรนัย	0-24	9-24	14.13 (2.43)	ปานกลาง
- ภาระเชิงอัตนัย	0-32	0-28	19.24 (3.47)	ปานกลาง
ความเชื่อทางพุทธศาสนา	18-90	52-90	77.70 (10.07)	สูง

ส่วนระดับภาระในการดูแลผู้สูงอายุและความเชื่อทางพุทธศาสนาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาระในการดูแลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับความเชื่อทางพุทธศาสนา พบว่าอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่มีความรุนแรงอยู่ในระดับ 2 และระดับ 3 (ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 38.64 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว n = 88

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ (NYHA FC)	จำนวน	(ร้อยละ)
ระดับ 1	3	(3.41)
ระดับ 2	44	(50.00)
ระดับ 3	34	(38.64)
ระดับ 4	7	(7.95)

NYHA FC: New York Heart Association Functional Classification

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนา ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุและภาระในการดูแลของผู้ดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนาและภาระในการดูแลของผู้ดูแลทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุและภาระในการดูแลของผู้ดูแลทั้งโดยรวมและรายด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาระในการดูแลโดยรวมและภาระเชิงอัตนัย มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง (r=0.310 และ r=0.301, p<.01 ตามลำดับ) ส่วนภาระเชิงปรนัยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (r=0.253, p<.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนา ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุและภาระในการดูแลของผู้ดูแล (n=88)

ตัวแปร	ภาระในการดูแล		
	ภาระโดยรวม	ภาระเชิงอัตนัย	ภาระเชิงปรนัย
ความเชื่อทางพุทธศาสนา	0.194	0.188	0.052
ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ	0.310**	0.301**	0.253*

* p< .05, ** p < .01

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาความเชื่อทางพุทธศาสนาและภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนา ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยศึกษาในผู้ดูแล จำนวน 88 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางพุทธศาสนาของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ซึ่งในการศึกษานี้ความเชื่อทางพุทธศาสนาจะเป็นความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติต่อแง่มุมต่างๆ ของศาสนา เป็นการยอมรับในหลักของศาสนาพุทธ ประกอบด้วย ความเชื่อในปัญญาตรัสรู้ของพระพุทธเจ้า เชื่อกฎแห่งกรรม เชื่อผลของกรรม และเชื่อว่าสัตว์มีกรรมเป็นของตน และการยอมรับในหลักคำสอนของศาสนาพุทธเรื่องพระไตรลักษณ์ที่กล่าวถึง ความไม่เที่ยงความเป็นทุกข์ และความไม่ใช่ตัวตน ความไม่มีตัวตน ซึ่งความเชื่อทางพุทธศาสนาที่สูงในการศึกษานี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลทุกคนนับถือศาสนาพุทธ โดยกำเนิดทำให้ผู้ดูแลได้รับการปลูกฝังให้มีความศรัทธาในองค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าและหลักธรรมของพระองค์ รวมทั้งได้รับการอบรมสั่งสอนเกี่ยวกับหลักคำสอนของพระพุทธเจ้าทั้งจากครอบครัวและโรงเรียน โดยเฉพาะระดับประถมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการได้จัดให้มีกลุ่มวิชา สังคมศึกษาศาสนาและวัฒนธรรมที่สอนเกี่ยวกับศาสนาพุทธ ในการศึกษานี้ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดมีการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไปและมีมากกว่าครึ่งที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ทำให้ผู้ดูแลมีความเชื่อทางพุทธศาสนาอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อาจมีผลต่อความเชื่อทางพุทธศาสนาเพราะในวัยนี้เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะและปัญญาในการดำรงชีวิต มีการมองโลกแบบเข้าใจ ยอมรับความเจ็บป่วย ยอมรับความจริงในชีวิตได้มากขึ้น และเกิดการปล่อยวาง[14] ซึ่งจากการศึกษาของพระภูเมท สุเมโธ (พูนสุวรรณ)[13] พบว่า กลุ่มช่วงอายุที่มากขึ้น จะมีความเชื่อทางพุทธศาสนาที่สูงกว่ากลุ่มช่วงชั้นที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากนี้การที่ความเชื่อทางพุทธศาสนาอยู่ในระดับสูงอาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งเป็นกลุ่มที่พบว่าถูกปลูกฝังให้มีศีลธรรมและมีความสนใจในหลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนามากกว่าเพศชาย[15]

สำหรับภาระในการดูแลนั้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีระดับภาระในการดูแลโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชาวไทย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา และกลุ่มผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระในการดูแลระดับต่ำถึงปานกลางซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในต่างประเทศที่มีการรับรู้ภาระในการดูแลระดับสูง ซึ่งมีหลายการศึกษา ได้แก่ การศึกษาในผู้ดูแลผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว[16] การที่ผู้ดูแลในการศึกษานี้มีภาระอยู่ในระดับปานกลางนั้น หากมองทางด้านผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงของอาการหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับ 2 และระดับ 3 ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 38.64 ตามลำดับ ซึ่งยังดูแลตัวเองได้จึงไม่เป็นภาระมาก ส่วนถ้ามองทางด้านผู้ดูแลนั้นอาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.82) มีสถานะเป็นบุตรของผู้สูงอายุซึ่งในสังคมและวัฒนธรรมไทยจะให้ค่าแก่การดูแลบิดา มารดา ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกด้านบวกต่อการดูแล นอกจากนี้คำสอนของศาสนาพุทธได้มีหลักธรรม คือ การทำดี

ได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว การทำดีจะเป็นบุญทำให้ผู้ดูแลที่เป็นบุตรมองการดูแลในทางบวก การทำชั่วจะเป็นบาป การดูแลบุพการีเป็นการทำดีของบุตรจึงทำให้บุตรได้บุญ ซึ่งจากการศึกษาของ กัลยาณี ปรีชาพงค์มิตร[17] และ โชและคณะ[9] พบว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดหรือมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดจะมีความยินดีและมีความรักใคร่ต่อผู้รับการดูแล ทำให้ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระหรือรู้สึกถึงการเป็นภาระในการดูแลน้อยลง นอกจากนี้ในการศึกษานี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่โดยมีอายุในช่วง 46-59 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ไม่มีความเสื่อมของร่างกายมากนัก และมีมากกว่าครึ่ง ร้อยละ 56.82 ที่ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ดูแลจึงสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการทำกิจกรรมต่างๆได้ดี เนื่องจากมีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายหรือความเจ็บป่วยน้อยทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ว่ากิจกรรมการดูแลไม่มีผลด้านลบต่อตนเองมากนักและรับรู้ภาระในการดูแลในระดับปานกลาง นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลร้อยละ 87.50 มีรายได้จากการประกอบอาชีพและรู้สึกมีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายถึงร้อยละ 73.68 ซึ่งการมีรายได้เป็นปัจจัยหนึ่งในการดำเนินชีวิตเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระในการดูแลในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ พาพาสแทฟโร และคณะ[18] ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้มากจะมีระดับคะแนนของภาระที่ต่ำ และผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีระดับคะแนนของภาระที่สูง สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนากับภาระในการดูแล ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว ผลการศึกษาไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดที่เสนอว่าความเชื่อทางพุทธศาสนาจะทำให้คนเห็นประโยชน์ของการดูแลทำให้รับรู้ถึงภาระที่เกิดลดลง และไม่สนับสนุนสมมุติฐานที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ว่า ความเชื่อทางพุทธศาสนามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระในการดูแล นั่นคือ หากความเชื่อทางพุทธศาสนามากการรับรู้ภาระในการดูแลจะน้อยโดยเฉพาะการรับรู้ภาระเชิงอัตนัย การที่พบว่าความเชื่อทางพุทธศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแล หรืออีกนัยหนึ่งไม่ว่าความเชื่อทางพุทธศาสนาจะมากหรือน้อยก็ไม่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเกิดเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การที่ผู้ดูแลมีความตระหนักในหน้าที่ของตนในฐานะบุตรซึ่งสังคมมีความคาดหวังให้บุตรต้องดูแลบิดามารดา หรืออาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับบิดามารดา ความรักที่มีให้บิดามารดาทำให้ผู้ดูแลที่เป็นบุตรดูแลผู้สูงอายุโดยไม่รับรู้ภาระ จากปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับสังคมและวัฒนธรรมที่มีความเฉพาะในสังคมไทยที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาระของผู้ดูแลไทย แม้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาพุทธแต่ความเชื่อทางพุทธศาสนาอาจเป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งผลทางอ้อมต่อการรับรู้ภาระในการดูแลในขณะที่การรับรู้หน้าที่ของบุตรและสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและบุตรอาจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยตรง จึงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนากับภาระในการดูแลทั้งภาระโดยรวมและรายด้าน ภาระเชิงปรนัยเป็นสิ่งที่เกิดจากกิจกรรมการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องได้รับ ซึ่งจะขึ้นกับความเจ็บป่วยจึงอาจเป็นเหตุผลว่าภาระเชิงปรนัยไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางพุทธศาสนาแต่ภาระเชิงอัตนัย ซึ่งเป็นส่วนที่ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางพุทธศาสนา เนื่องจากเป็นมุมมองและความรู้สึกของผู้ดูแลต่อการดูแลในสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง ความเชื่อทางพุทธศาสนาน่าจะทำให้ผู้ดูแลมองสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่อย่างเข้าใจและเห็นใจในความทุกข์ของผู้ป่วย พอใจในสิ่งที่ตนเองกระทำ มีความคิดว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นการทำดีก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ

การดูแล อย่างไรก็ตามผลการศึกษาไม่สนับสนุนสมมุติฐานนี้นอกจากนี้การที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนากับภาระอาจเนื่องมาจากคะแนนความเชื่อทางพุทธศาสนาของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ไม่มีการกระจายของคะแนนมาก รวมทั้งในการศึกษานี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียง 88 คน และระหว่างความเชื่อทางพุทธศาสนากับภาระในการดูแลที่พบความสัมพันธ์ทางบวกแม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาระการดูแลมาก เนื่องมาจากความยากลำบากของงานในการดูแลและต้องใช้เวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นจนเกิดความเครียด เป็นทุกข์หรือเหนื่อยล้าทำให้ผู้ดูแลคิดว่าเป็นกฎแห่งกรรมที่เกิดขึ้นกับตนจึงทำให้มีความเชื่อทางพุทธศาสนาในระดับสูงตามการรับรู้ภาระที่มากขึ้น อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์แบบไม่มีทิศทางนี้เป็นความสัมพันธ์ที่น้อยมากและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งยังคงต้องการการทดสอบต่อไป

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุและภาระในการดูแลของผู้ดูแลที่ได้มีการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติในระดับปานกลางและยังพบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของอาการของผู้สูงอายุกับภาระในการดูแลเชิงอัตนัยระดับปานกลางและภาระในการดูแลเชิงปรนัยในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมากจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีภาระในการดูแลมากตาม เนื่องจากระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้นตามการแบ่งของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์คระดับที่ 1-4 จะเห็นว่าเมื่อระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจะไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองต้องพึ่งพิงผู้ดูแลในทุกๆ ด้าน ผู้สูงอายุจะมีความต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีระดับอาการที่รุนแรงมากขึ้น จะมีความซับซ้อนและความยากของงานในการดูแลเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละวันเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีเวลาสำหรับตนเองลดลง เกิดความเครียดและเกิดอาการเหนื่อยล้าจากกิจกรรมการดูแล ดังนั้นความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลตามมามากขึ้น ทั้งภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย สอดคล้องกับการศึกษาของ อีเลแวมและเอบเดลเรแมน[19] ที่ศึกษาความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวชาวอียิปต์พบว่า ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่แบ่งตาม NYHA ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นตาม และการศึกษาของ อรุณี ไชยฤทธิ์[20] พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวสัมพันธ์กับความยากของงานการดูแลและปริมาณของเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นหากผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์การดูแลที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นได้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ภาระในการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ข้อมูลในด้านระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแลของผู้ดูแล อาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการประเมินระดับภาระในการดูแลเพื่อช่วยในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ผู้บริหารการพยาบาลสามารถใช้ผลการศึกษาในการกำหนดเป็นนโยบายให้พยาบาลผู้ป่วยนอกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องของภาระว่าต้องมีการประเมินระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยทุกราย โดยเฉพาะผู้ที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะท้าย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิอื่น เพื่อให้ผลวิจัยสามารถนำไปอ้างอิงได้กว้างขวางมากขึ้น และควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีช่วงวัยแตกต่างกันหรือมีลักษณะโรคร่วมที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาระในการดูแล เช่น การตระหนักในบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยอื่นๆ เพื่อใช้วางแผนในการลดภาระในการดูแลของผู้ดูแล

3. ควรมีการศึกษาความเชื่อทางพุทธศาสนาและภาระในการดูแลของผู้ดูแลที่ไม่ใช่เครือญาติ

REFERENCES

1. Kenchiwong, F. Relationships among patient dependency social support and burden of stroke patient cargivers. Master of nursing science in Medical Surgical Nursing. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1996. (in Thai)
2. Yitong, M., et, al, ASSA13-13-3 Investigation of prevalence and distributing feature of chronic heart failure in XinJiang adult population, [online] 2013. [cited 2015 July 9]. Available from: http://heart.bmj.com/content/99/Suppl_1/A56.2
3. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Congestive heart failure guideline.1st ed. Bangkok: A plus print; 2014. (in Thai)
4. Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. Journal of Nursing and Education, 2011; 4(1): 62-75.
5. Hwang, B., et, al. Caregiving for patients with heart failure: impact on patients' families. American Journal of Critical Care, 2011; 20(6): 431-442.
6. Pearlin, L. I., et, al. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. The Gerontologist, 1990; 30(5): 583-594.
7. Lazarus, R. S., & Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
8. Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relations, 1985; 34 (1): 19-26.
9. Chou, K. R., Chu, H., Tseng, C. L., & Lu, R. B. The measurement of caregiver burden. Journal of Medical Sciences-Taipei, 2003; 23(2): 73-82.
10. Payutto, P.A. Dictionary of Buddhism. 11thed. Bankkok: Sahadhmmika; 2002. (in Thai)

11. Polit.D.F.& Beck, C.T. Nursing research: Principle and methods. 7thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
12. Jirojanakul, P. Nursing research: concepts, principles and practices. 2nd ed. Nonthaburi: Praboromrajchanok institute for health workforce development; 2005. (in Thai)
13. Pha Phumet Sumedho (Punsuwun). The Belief and Practices of Buddhists in Phachaw–Khawtu,Wat Suandok, Chiang Mai. Master of Arts (Buddhist Studies). Bangkok: Mahachulalongkornrajavidyalaya University, 2010. (in Thai)
14. Ngammoh, N. Wirojratana, V. Jitramontree, N. Relationship between Basic Factors, Religious Belief, Religious Practice, Perception of Life, and Gerotranscendence in End-Stage Chronic Renal Failure Patient . Thai Journal of Nursing Council, 2015; 30(1): 58-71. (in Thai)
15. Promawan, N. The faith in Buddhism of secondary school students in Bangkok. Pathumthani University Academic Journal, 2013; 5(2): 59-70. (in Thai)
16. Hooley, P. J., Butler, G., &Howlett, J. G.The relationship of quality of life, depression, and Caregiver burden in outpatients with congestive heart failure. Congestive Heart Failure, 2005; 6(11): 303-313.
17. Preechapongmit, K. Factor Related to Caregiving Burden among Caregivers of Children with Asthma. Nursing Journal, 2012; 39(4): 13-21. (in Thai)
18. Papastavrou, E., et, al. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. Journal of Advanced Nursing, 2007; 58(5): 446-457.
19. Elawam, A. E. and Abdelrahman, H. M. Caregiver stress in partners of heart failure elderly patients. Middle East Journal of Age and Ageing, 2013; 10(4): 3-11.
20. Chaiyarit, A. Perceived Role Strain in Thai Family Caregivers of Heart Failure Patients. (Unpublished doctoral dissertation). Michigan State University, 2012.