

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขเป็นอย่างมาก เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบได้บ่อยที่สุดในจำนวนโรคทางระบบประสาท (Grant, 1996; Han & Haley, 1999) และเป็นโรคที่ติดลำดับ 1 ใน 5 ของสหรัฐอเมริกาเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและมะเร็ง และเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (Clark et al., 1999) จากรายงานของเจสการ์ด และคณะ (Jaillard et al., 1995) พบว่าในประเทศที่พัฒนาจะมีอัตราของโรคหลอดเลือดสมอง 4.4 - 10 ต่อประชากร 1,000 คน โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นมีอัตราสูงถึง 20 ต่อประชากร 1,000 คน ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาเองก็มีอัตราของโรคอยู่ในระหว่าง 1.43 - 14.00 ต่อประชากร 1,000 คน (Bonita & Beaglehole, 1995, p. 541) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองถึง 2 ล้านคน และเสียชีวิตด้วยโรคนี้ถึง 150,000 คน/ปี ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 รองจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจ และยังพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงทุกปี ทั้งนี้มีผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการสาธารณสุขที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีอัตราของโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 106, 115, 134 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2543 - 2545 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีอัตราสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยในปี 2543 - 2545 จากอัตรา 106.2, 111.0, 169.2 ต่อประชากร 100,000 คน สำหรับโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา พบว่ามีจำนวน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในทั้งหมดในปี พ.ศ. 2544 - 2546 มีจำนวน 269, 441 และ 311 คน ตามลำดับ (รายงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา, 2546) จากสถิติดังกล่าว ข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจึงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความผิดปกติของหลอดเลือด มีผลทำให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดของผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ ซึ่งวัตสัน และควินน์ (Watson & Quinn, 1998) ได้แบ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะเฉียบพลัน (Acute Stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการกำเริบซ้ำขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สีกตัวเริ่มด้วย หรือยังรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจ

ใช้เวลาตั้งแต่ 1-14 วัน แต่ส่วนใหญ่มักใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ซึ่งในระยะนี้ปัญหาที่สำคัญคือ ผู้ป่วยอาจหมดสติหรือเสียชีวิตได้จากการมีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง 2) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post Acute Stage) เป็นระยะที่ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า และ 3) ระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery Stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยตัวเองได้มากที่สุด

เนื่องจากในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากขึ้นสามารถช่วยเหลือให้พ้นระยะวิกฤตได้ พบว่ามีเพียง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในหนึ่งเดือนหลังป่วย ส่วนจำนวน 2 ใน 3 ที่เหลือได้รับการช่วยเหลือให้มีชีวิตรอดได้ แต่ยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ (Grant, 1996; Hayn & Fisher, 1997; Ignatavicius, Workman, & Misher, 1999) ความพิการที่หลงเหลืออยู่นั้นจะมากหรือน้อยเพียงใดจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิดของโรค ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว (Mayo, 2000) โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีความพิการหรือรอยโรคที่หลงเหลือ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรงครึ่งซีกและมีความพร่องทางระบบประสาทร่วมด้วย เช่นการสูญเสียประสาทสัมผัส มองเห็นภาพครึ่งซีกมีความพร่องใน การรับรู้ความรู้สึก รวมทั้งบกพร่องทางด้านความคิดความจำ การเคลื่อนไหวและการกลืนอาหารผิดปกติ มีปัญหาการขับถ่าย เช่น ท้องผูก กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้ เป็นต้น (Grant, 1996; Hayn & Fisher, 1997; Ignatavicius, Workman, & Misher, 1999) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุกลตะบุนพงศ์, ช่อลดา พันธุเสนา และนิตยา ตากวีรยพันธ์ (2537, หน้า 10-11) ที่ศึกษาภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง กล่าวคือ พบผู้ที่ดูแลตนเองไม่ได้ร้อยละ 90.9 และกำลังกล้ามเนื้อ อ่อนแอร้อยละ 68.7 ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยรู้สึกเครียด กระสับกระส่าย วุ่นวาย ก้าวร้าว การแสดงออกทางอารมณ์ที่พบบ่อยคือ อารมณ์โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้าและรู้สึกหมดหวัง ส่วนทางด้านสังคม พบว่า บทบาททางสังคมลดลง รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต (อรพรรณ ทองแดง, 2541, หน้า 623) จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการดำรงชีวิตอยู่กับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โรคจะดำเนินไปไม่มีที่สิ้นสุด และไม่สามารถทำนายได้ ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของชีวิตเนื่องจากโรคกำเริบเป็นครั้งคราว (Stoll, 1989) ด้วยพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตอยู่อย่างจำกัด จำเป็นต้องปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรค อีกทั้งยังต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hine & Martin, 1992) จากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบากไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ จึงจำเป็นต้อง

ได้รับการช่วยเหลือและดูแลจากผู้ดูแล (Galameau, 1993)

จากรายงานการศึกษาวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่าบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร ผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยบุคคลจะทำหน้าที่ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเกิดอุบัติเหตุ ตลอดจนการประทับประคองทางด้านจิตใจ (นันทพร ศรีนิม, 2545; พรชัย จุลเมตต์, 2540; สุริรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541; สุดศิริ หิรัญขุนพะ, 2541; Subgranon & Lund, 2000; Bull, 1990) สำหรับผู้ที่แต่งงานแล้วบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดและเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังคือ คู่สมรสของผู้ป่วย (Given et al., 1990; Robinson, 1990) และผู้รับหน้าที่ดูแลส่วนใหญ่คือ ภรรยา (Engle, 1986; Beckham & Giardona, 1986; Kuhlman et al., 1991; Musoff, 2001) ซึ่งการที่ภรรยาของผู้ป่วยเข้ารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลนั้น เป็นการเพิ่มภาระให้กับภรรยาและ นับได้ว่าเป็นภาระที่หนัก (Joos et al., 1985) เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะวิกฤตของครอบครัว เพราะถือได้ว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังและเป็นปัจจัยเครียดที่สำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ภายในครอบครัวอย่างเรื้อรัง (Hill, 1990) นอกจากนี้ยังสร้างความยุ่งยากใจให้กับสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะบุคคลที่เป็นคู่ชีวิตเพราะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยเครียดมากที่สุด (Williams, 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมอนท์โกเมอรี (Montgomery, 1991) พบว่ากิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้กลายเป็นภาระสำคัญของญาติ หรือ คู่สมรสและ ก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว อันหมายถึงความผาสุกในครอบครัวถูกคุกคามจากผลกระทบของความเจ็บป่วยและถือได้ว่าการดูแล นอกจากนี้อีคลาก และแร โกวสกี (Clark & Rakowski, 1983) กล่าวว่า คู่สมรสที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังถือว่าเป็นภาระที่หนัก เนื่องจากเป็นการเพิ่มงานจากที่มีอยู่เดิมตามปกติและด้วยความห่วงใย เอื้ออาทรในภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การกิจในแต่ละวันหมดไปกับการดูแล ซึ่งเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยาวนาน อันจะส่งผลกระทบต่อคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินชีวิตทั้งด้านการบริหารเวลาหน้าที่ การงาน การกิจในสังคม การมีอิสระและเวลาเป็นส่วนตัว (Periad & Ames, 1993) รวมถึงฐานะการเงิน (Jensen & Given, 1991) และยังต้องอดทนกับสภาพอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย (Sheehan & Nuttal, 1998) ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เช่น ครอบครัวต้องขาดหรือสูญเสียรายได้จากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว อีกทั้งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

อย่างไรก็ตามผลกระทบที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น จะมีผลกระทบต่อครอบครัวมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Wright, Watson, & Bell, 1996)

ซึ่งแต่ละบุคคลแต่ละครอบครัวจะมีความเชื่อต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกันออกไป ความแตกต่างที่เกิดขึ้นจะถูกกำหนดมาโดยโครงสร้างของครอบครัวเองทำให้เกิดความเชื่อระหว่างบุคคลและครอบครัวไม่เหมือนกัน (Maturana & Varela, 1992) ความเชื่อดังที่ได้กล่าวข้างต้นแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ความเชื่อที่เป็นไปในทางลบ (Constraining Beliefs) และความเชื่อที่เป็นไปในทางบวก (Facilitating Beliefs) ความเชื่อด้านลบนั้น จะส่งผลต่อการแก้ไขปัญา ส่วนความเชื่อด้านบวกนั้น จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดประโยชน์ (Wright, Watson, & Bell, 1996) ตัวอย่างเช่น เพนเดอร์ (Pender, 1996, p. 44) กล่าวว่าบุคคลที่เชื่อในแพทย์การวินิจฉัย จะทำให้บุคคลเกิดแรงกระตุ้นให้มีความเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวอทธิย์ (Whatley, 1991) พบว่าความเชื่อมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงแตกต่างกันออกไปตามความเชื่อของแต่ละบุคคล ผู้ที่เชื่อว่าสุขภาพของตนแข็งแรงสมบูรณ์ได้เพราะการกระทำของตน จะมีลักษณะพฤติกรรมไปในลักษณะหนึ่ง ในขณะที่ผู้ที่เชื่อในเรื่องโชคชะตาก็จะมีลักษณะพฤติกรรมไปอีกลักษณะหนึ่ง

ความเชื่อที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นความเชื่อที่เกิดขึ้นจากการศึกษาในบริบทของสังคมตะวันตก ซึ่งมีความแตกต่างจากบริบทของสังคมไทยเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของระบบสังคม ประเพณีและวัฒนธรรม ซึ่งความแตกต่างนี้จะมีผลทำให้ความเชื่อแตกต่างกันไปโดยเฉพาะความเชื่อของภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทั้งนี้เนื่องจากความเชื่อจะมีผลต่อการเจ็บป่วยอย่างมาก กล่าวคือถ้าภรรยามีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นไปในทางบวกก็จะส่งผลให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยอยู่นั้นเป็นไปในทางที่ดี แต่ในทางกลับกันถ้าภรรยามีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นไปในทางลบก็จะส่งผลให้การดูแลสามีที่เจ็บป่วยอยู่นั้นเป็นไปในทางที่ไม่ดี จะเห็นได้ว่าความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในการดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้นเราจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องค้นหาความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของ ครอบครัวว่าเป็นอย่างไร เพื่อที่จะได้นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยไปในทางบวก

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่าการวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2532 ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมาพบว่ามิงงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรังมีจำนวน 126 เรื่องเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาร้อยละ 11.91 เชิงพรรณนาความสัมพันธ์ ร้อยละ 67.46 เชิงทดลองร้อยละ 12.70 และการวิจัยเชิงคุณภาพร้อยละ 7.9 (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2546, หน้า 53) จะเห็นได้ว่าการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อหาความสัมพันธ์ โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ภาระการดูแล ตลอดจนความต้องการของผู้ดูแลเป็นต้น ยังไม่มีรายงานการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทย เท่าที่มิจะเป็นการศึกษาความ

เชื่อของผู้ดูแลโดยภาพรวม ซึ่งประกอบด้วย คู่สมรส ภรรยา บุตร บิดา มารดา และญาติพี่น้อง จึงยังไม่มีคำตอบจำเพาะในกลุ่มภรรยาที่ทำหน้าที่ดูแลโดยตรง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของความเชื่อของภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแลสามีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของสังคมไทยอย่างลึกซึ้ง ทั้งนี้ ผลการวิจัยจะทำให้เกิดความเข้าใจในความเชื่อและพฤติกรรมของภรรยาที่ทำหน้าที่ในการ ดูแล เพราะพฤติกรรมเป็นการแสดงออกของความเชื่อหลัก นำไปสู่การประยุกต์ใช้ในการวางแผนให้การพยาบาลครอบครัวให้เหมาะสมมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อบรรยายถึงความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่สามีเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อบรรยายถึงความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่สามีเจ็บป่วยด้วยโรค

หลอดเลือดสมอง ในเรื่องของการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษา การหาย การพยากรณ์ ความเชื่อในเรื่องของศาสนาและจิตวิญญาณ ตลอดจนความเชื่อของผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

คำถามของการวิจัย

คำถามหลัก

ความเชื่อด้านลบ (Constraining Beliefs) และความเชื่อด้านบวก (Facilitating Beliefs) ของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สามีที่ป่วยอยู่เป็นอย่างไร
3. ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการรักษาและการหายโรคของสามีที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
4. ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการทำนายของโรคหลอดเลือดสมองที่สามีเจ็บป่วยอยู่เป็นอย่างไร

5. ความสามารถของภรรยาในการที่จะช่วยเหลือดูแลสามีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

6. ความเชื่อของในด้านศาสนาและจิตวิญญาณเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร

7. ความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของสามีที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตหรือไม่อย่างไร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ข้อมูลที่ได้จะช่วยเพิ่มองค์ความรู้ในส่วนของความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่สามีเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทของสังคมไทยได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น
2. ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาวิชาชีพ ทั้งทางด้านการบริหาร การพยาบาล การศึกษาการพยาบาล การวิจัยทางการพยาบาล ตลอดจนพัฒนาคุณภาพบริการ เนื่องจากผลการวิจัยทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อหลักและสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ภรรยาผู้ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล ให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมในการให้การดูแลให้เกิดประสิทธิภาพ
3. ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางแก่ผู้วิจัยอื่น ๆ ในการศึกษาการสร้างรูปแบบทางการพยาบาลให้สอดคล้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดได้

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความเชื่อของภรรยาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่สามีเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาเฉพาะในภรรยาที่มีสามีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก คือ 3 - 6 เดือน และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมาไม่ต่ำกว่า 1 เดือน และเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทราที่มีเชื้อชาติไทยและมีที่พักอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยไม่จำกัดอายุ การศึกษา รายได้และลักษณะของครอบครัว

นิยามศัพท์เฉพาะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อเข้าใจการให้ความหมายของความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พฤติกรรมหรือการกระทำที่แสดงออก ดังนั้นจึงได้กำหนดนิยามศัพท์เบื้องต้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตั้งคำถามในการสัมภาษณ์เท่านั้น โดยมีนิยามศัพท์ดังนี้

ความเชื่อ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการแปลความหมายของแต่ละบุคคลซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์หรือการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมตามกันมา

ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจหรือรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในเรื่องของการวินิจฉัยโรค สาเหตุการเกิดโรค การรักษา การหาย การพยากรณ์ ตลอดจนความเชื่อในเรื่องของศาสนาและจิตวิญญาณ ความเชื่อของผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตซึ่งจะมีผลต่อชีว – จิต – จิตวิญญาณของบุคคลและสมาชิกภายในครอบครัวและส่งผลก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำเกิดขึ้น

ภรรยาที่ทำหน้าที่ในการดูแล หมายถึง คู่สมรสที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย อาศัยภายในบ้านเดียวกัน และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจและวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะตีตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือด (Cerebral Thrombosis) หรือภาวะอุดตันของหลอดเลือดสมองจากเอม โบไล (Cerebral Embolism) และมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่ เช่น อยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัว หรือ อัมพาตครึ่งซีก ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลตนเอง