



# การศึกษา “ภาวะหัวใจอ่อน” ที่รับรู้โดย ผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น: การศึกษา เชิงคุณภาพ

สุรพล วีระศิริ พบ.\*, จินตนา สิงขรอาจ วทม.\*, นวรัตน์ ปิยะวัฒน์กุล พบ.\*,  
สมจิตร ห่องบุตรศรี ศศม.\*, ถาวร ภาวงศ์ วทบ.\*\*\*, กฤตยา แสงวงเจริญ ศด.\*\*\*,  
นิรมล พัจนสุนทร พบ.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาประสบการณ์ของบุคคลที่ระบุว่าตนเองเป็นโรคหัวใจอ่อน  
**วิธีการศึกษา** เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาในบุคคลที่เป็นโรคหัวใจอ่อน ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวนทั้งหมด 11 คน  
**ผลการศึกษา** อาการที่ทำให้ผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็นโรคหัวใจอ่อนรู้สึกทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการหัวใจสั่น หายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลีย วูบหรืออาการคล้ายจะหมดสติ จิตใจอ่อนไหวง่าย กลัวตาย และซึมเศร้า การรับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจอ่อนเกิดขึ้นด้วยตัวเองหรือได้รับอิทธิพลจากชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพ ภาวะการสูญเสีย ความเครียดและสถานการณ์ทางร่างกายเกี่ยวข้องกับ การเกิดโรคและอาการที่เป็น โรคนี้มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต รวมถึงครอบครัวและสังคม การจัดการด้านสุขภาพเพื่อบรรเทาภาวะทุกข์ทรมานและอาการดังกล่าว ประกอบด้วย การจัดการด้วยตนเอง การประคับประคองจากครอบครัวและการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ  
**สรุป** “โรคหัวใจอ่อน” เป็นชื่อโรคในสังคมไทย ปรากฏการณ์วิทยาประกอบด้วยอาการต่างๆ ที่บุคคลเข้าใจว่าเกิดจากหัวใจและจิตใจทำหน้าที่ผิดปกติ โรคนี้มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน บุคคลที่เป็นโรคนี้และครอบครัวจัดการกับการเป็นโรคไม่แตกต่างจากโรคทางการแพทย์อื่นๆ คือ พยายามรักษาด้วยตนเอง ครอบครัวจัดการให้ และไปพบบุคลากรด้านสุขภาพ การเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยาของโรคหัวใจอ่อนจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาแบบองค์รวมแก่บุคคลและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**คำสำคัญ** หัวใจอ่อน, อาการทางกาย, วิตกกังวล, ซึมเศร้าและการวิจัยเชิงคุณภาพ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51(3): 201-212.

- \* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- \*\* โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- \*\*\* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น



# The Study of “Weak Heart” Perceived by Clients in Khon Kaen Province: A Qualitative Study.

*Virasiri S MD.\*, Singkorn-ard J MSc.\*, Piyawatkul N MD.\*, Rongbuttsri S MSc.\*, Pawong T\*\*, Sawangchareon K PhD.\*\*\*, Patchanasoonthorn N MD.\**

## ABSTRACT

**Objective:** To study the experiences of people with “Weak Heart Syndrome”.

**Method:** A qualitative study by phenomenology approach was employed. In-depth interviews were used to explore 11 key informants.

**Result:** Symptom distress of people with Weak Heart Syndrome was disheartened (weak hearted: Hua-ji-on or palpitation: Ji-suun), shortness of breath, fatigue, seem like to be fainting, frightened, sensitive and depression. The perception of the condition was influenced by themselves, community and health personnel. Loss, stress and physical conditions were perceived as the causes of the syndrome. This condition affected both individual and social life. Types of management were used by the persons, particularly self-regulation, family support and helping from health personnel.

**Conclusion:** Weak Heart Syndrome is the diagnostic nomenclature in Thai culture. The phenomenology included the symptoms understood by person as the dysfunction of heart and mind. This condition disrupted personal daily life. The affected persons and their families managed this event similarly to other medical illnesses by self care, family support and attending the health service unit. Comprehensive understanding to lived experience of people with Weak Heart Syndrome should be helpful in creating the holistic care, contributing to these people and their families.

**Keywords:** Weak Heart Syndrome, somatic symptoms, anxiety, and depression and qualitative study.

J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 51(3): 201-212.

\* Department of Psychiatry, Faculty of medicine, Khon Kaen University

\*\* Srinagarind Hospital, Faculty of medicine

\*\*\* Faculty of Nursing, Khon Kaen University

## บทนำ

เป็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งในงานเวชปฏิบัติทั่วไป ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ใช้บริการ มาพบแพทย์ด้วยอาการทางกาย โดยที่ร้อยละ 25 ของบุคคลกลุ่มนี้ตรวจไม่พบพยาธิสภาพของโรคใดๆ<sup>1</sup> ซึ่งพบได้บ่อยในบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care)<sup>2</sup> อาการเหล่านี้ทำให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุข ร่วมกับการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพเกินความจำเป็น<sup>3,4</sup> โดยเฉพาะการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และการบำบัดรักษา<sup>5,6</sup> นอกจากนี้ เอสโคบาและคณะ (Escobar et al) ศึกษาพบว่าบุคคลกลุ่มนี้มีภาวะการสูญเสียความสามารถทางอาชีพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอีกด้วย<sup>7</sup> อย่างไรก็ตาม รูปแบบและความถี่ของอาการทางกายที่แสดงออกมา มีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม บุคคลที่ไม่ได้อยู่ในโลกตะวันตกหรือในประเทศที่พัฒนาแล้ว มักจะบอกแพทย์เกี่ยวกับอาการทางกายมากกว่าอาการทางจิตใจ<sup>8-11</sup> ดังนั้นปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมจึงมีอิทธิพลต่อประสบการณ์และความรู้สึกที่เป็นทุกข์ต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อรูปแบบของอาการ การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลืออีกด้วย<sup>12</sup>

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่มาพบแพทย์หรือบุคลากรด้านสุขภาพด้วยอาการทางร่างกายที่ไม่สามารถตรวจพบพยาธิสภาพได้ สำหรับผู้ที่มีการเกี่ยวข้องกับหัวใจส่วนหนึ่งจะระบุว่าตนเองเป็น “โรคหัวใจอ่อน” เป็นที่น่าสนใจว่าผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวมักพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ที่อาศัยในเขตชนบท โดยบุคคลเหล่านี้จะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาตามหลักการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งไม่เคยมีการระบุถึงความหมายและขอบเขตของความเข้าใจในโรคนี้มาก่อน รวมทั้งข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจอ่อน ยังไม่มีปรากฏอย่าง

ชัดเจน ดังนั้นการศึกษาปรากฏการณ์ในบุคคลที่มีประสบการณ์ในเรื่องนี้โดยตรงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง อันจะนำไปสู่ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งทั้งในด้านความหมาย ประสบการณ์และการรับรู้ของบุคคลดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง มีแนวทางการช่วยเหลือและพัฒนาศักยภาพของบุคคล รวมถึงครอบครัวที่ประสบกับภาวะดังกล่าวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

เนื่องจากปรากฏการณ์ โรคหัวใจอ่อน เป็นสถานการณ์เฉพาะกลุ่มผู้ซึ่งมีประสบการณ์และการรับรู้ด้วยตนเองในสถานการณ์จริง จึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบการศึกษาปรากฏการณ์ (phenomenology study) ในการค้นหาและรวบรวมข้อมูล<sup>13</sup> การเก็บข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคคลที่ระบุว่าตนเองเป็นโรคหัวใจอ่อน การศึกษานี้ได้ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ.2545 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2547

### ผู้ให้ข้อมูลหลักและสถานที่ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับกรณีวิจัยนี้ อย่างเฉพาะเจาะจง (purposive selection) โดยเลือกจากผู้ที่มาขอรับบริการตรวจรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยระบุว่าตนเองเป็นโรคหัวใจอ่อน รวมทั้งใช้วิธีการเลือกจากการสอบถามจากผู้ให้ข้อมูลหลักเดิมและบุคคลในชุมชนที่รู้จักผู้ให้ข้อมูลหลักอื่นๆ ที่มีภาวะโรคหัวใจอ่อน (snowballing technique) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดอาศัยอยู่ในเขตชนบทของอำเภอชนบทและอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลหลักมีอายุระหว่าง 26-74 ปี เป็นเพศหญิง 10 คน เพศชาย 1 คน การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลาครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง จำนวน 2-3 ครั้งจนได้ข้อมูลครบถ้วน

สถานที่ในการสัมภาษณ์ดำเนินการที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลหลัก การรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) กล่าวคือไม่พบประเด็นใหม่ที่แตกต่างหรือเพิ่มเติมจากการรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลอีก<sup>14</sup>

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับการชี้แจงอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและด้วยวาจา รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามจนเกิดความเข้าใจในวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย การสัมภาษณ์เจาะลึกและการบันทึกเทปดำเนินการเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามยินยอมในแบบฟอร์มเป็นที่เรียบร้อย ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถถอนตัวจากการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลเสียใดๆ ต่อตนเองและครอบครัว การนำเสนอข้อค้นพบในงานวิจัยนี้จะเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลหลักพร้อมครอบครัว ข้อมูลจากการถอดเทปถูกเก็บรักษาไว้ในที่ปลอดภัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ซึ่งนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส จัดลำดับ จัดกลุ่มประเภทข้อมูลเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างของประเภทข้อมูล ค้นหาความสัมพันธ์กันระหว่างประเภท สังเกตอธิบายแผนหัวเรื่อง ตีความและค้นหาความหมาย<sup>15</sup>

### คุณภาพของงานวิจัย

ผู้วิจัยมีทักษะและประสบการณ์ในการทำงานด้านการช่วยเหลือบุคคลพร้อมครอบครัวด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมาเป็นเวลามากกว่า 10 ปี มีความสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงลึก เคยเข้ารับการอบรมจากผู้เชี่ยวชาญในกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้การวิเคราะห์ตีความข้อมูลไม่คลาดเคลื่อน ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิค

การตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลเอง (member checking) ด้วย

## ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยสามารถจัดกลุ่มประเด็นสำคัญเกี่ยวกับปรากฏการณ์ โรคหัวใจอ่อนได้เป็น 6 ประเด็น คือ ความหมาย กลุ่มอาการ การระบุว่าเป็นโรค การรับรู้ถึงสาเหตุ ผลที่เกิดตามมาและการจัดการทางด้านสุขภาพ

**1. ความหมาย** การให้ความหมายของโรค “หัวใจอ่อน” ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความหมายที่ต่างกันใน 3 ลักษณะ สะท้อนได้จากตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

1.1 เป็นโรคหัวใจชนิดหนึ่งที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจโดยตรง

“ไปเอ็กซ์เรย์ ก็มีแต่หัวใจ เฝ็น (เขา) ก็ว่าหัวใจเต้นค่อย หัวใจอ่อน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3)

“โรคนี้คงเป็นโรคหัวใจแน่ เพราะว่ามันตกใจง่าย แล้วยก็อ่อนลงเลย” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2)

“ก็เป็นโรคหัวใจอ่อนนี่แหละ เป็นหัวใจอ่อน หัวใจมันอ่อน มันเมื่อย มันตกใจ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 7)

1.2 เป็นโรคที่หัวใจมีความผิดปกติแต่มีสาเหตุมาจากความไม่สบายทางจิตใจ โดยเมื่อจิตใจไม่สบายก็จะเชื่อมโยงไปที่สมอง แล้วสมองควบคุมการทำงานของหัวใจอีกต่อหนึ่ง

“สมองสั่งงานทุกส่วน พอสมองสั่งบีบหัวใจมันก็เป็น เมื่อยเลย หัวใจอ่อนแอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

1.3 โรคที่เป็นเรื่องของจิตใจอย่างเดียวหรือเป็นโรคเกี่ยวกับจิตประสาท

“ฉันคิดว่าเป็นอันเดียวกันกับประสาทนั้นละ ถ้าฉันไม่ได้ใช้หัวเกี่ยวกับเรื่องผัว ฉันกับเป็นหัวใจอ่อน (ไม่เป็นหัวใจอ่อน)” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1)

“หัวใจอ่อน... เจ้าของคิดเอาเองว่าหัวใจมันเมื่อย ได้ยินเพื่อนบ้าน เขาทะเลาะกันเสียงดัง ก็ตกใจแล้วเมื่อย เหนือออกเต็มมือ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 11)

2. อาการ: ร่างกายและจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลหลักได้บรรยายอาการแยกตามระบบอวัยวะ ดังนี้

2.1 อาการเกี่ยวกับ “หัวใจ” เช่น เมื่อยหัวใจ ลึ้นใจจะขาด หัวใจอ่อน หัวใจเพ็ลย หัวใจไกว หัวใจเต้นถี่ หัวใจตกตวบ เจ็บหัวใจ ปีบหัวใจ หัวใจยวบ หัวใจหัก หัวใจห้าม และหัวใจจะหยุดเต้น ดังปรากฏในคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“หัวใจจะอื่น เราไม่ได้ร้องไห้ ไม่มีน้ำตามันจะสะอื่น คล้ายๆ ร้องไห้” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6)

“หัวใจเมื่อย หัวใจยวบ ซึ่จะแตก เยี่ยวจะแตก มันอ่อนไปเลย หัวใจอ่อน ขาอ่อน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 7)

“หัวใจมันตกตวบ เหมือนกระโดดจากที่สูง แล้วก็เมื่อย เมื่อยทั้งตัวทั้งกายเลย ไม่ใช่เมื่อยธรรมดา มันจะตายจริงๆ แล้วมันก็มีเจ็บหัวใจ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

“มันหัก หัวใจหักค้ำ ไม่อยากฟังอะไรเลย หัวใจเต้นแรง ไม่เป็นตาอยู่ (ไม่สุขสบาย)” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

2.2 อาการเกี่ยวกับ “การหายใจ” เช่น หายใจไม่ทัน หายใจไม่อิ่ม หายใจไม่ทั่วท้อง หายใจไม่โล่ง หายใจติดๆ ที่ลำคอ หายใจลำบากและหายใจฝืดตัน ดังปรากฏในคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“บางทีหายใจเป็นกระทอน เหมือนกับจะหายใจไม่ทัน บางทีฉันแปลว่าใจชื (จะ) ขาดชะหอน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1)

“เหมือนกับใจจะขาด เหนื่อย เหมือนจะหยุดหายใจ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 5)

“หายใจยามเมื่อยก็เป็นไม่อิ่ม” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

2.3 อาการเกี่ยวกับ “สติสัมปชัญญะและระบบประสาท” เช่น อาการคล้ายจะวูบ จะช็อค เป็น

ลมหมดสติ พุบไม่ได้สติ ตาพว่่า ทรงตัวไม่อยู่ วิงเวียน หัวสมองตื้อและวิงเวียน ดังปรากฏในคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มันจะพุบลงไปเลย ไม่รู้อะไร เราตั้งสติไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2)

“เคยช็อคทันที เพราะได้ข่าวเขาตีลูกชาย” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4)

“เป็นโหวงเหวงในหัว (ศีรษะ) นี่แหละ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

“ถ้าจะเป็นมา มันวิน (วิงเวียน)” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

2.4 อาการเกี่ยวกับ “ท้อง ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ” เช่น จุกแน่นท้อง ลมดัน เ็นท้องตึง ตัวลึ้น มืออ่อน เท้าอ่อน มือเท้าเย็น เหนือออกมากอ่อนเพ็ลย และไม่มีแรงไปทั่วตัว ดังปรากฏในคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ยามเป็น ท้องแข็งเป็นแผ่นเลย เ็น (เขา) ก็ว่าเป็นกับเอ็นท้อง” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

“ท้องมันอืด ท้องไม่มันก็พาให้เมื่อยหลายขึ้น (เหนื่อยมากขึ้น)” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

“มันเอ็ด (ทำ) ให้หัวใจวูบ เมื่อยแล้วเอ็ดให้แข่งขา มือไม้เราอ่อนไป... เวลาเป็น เหนือมือ เหนือเท้ามันจะออก ออกเป็นยางเหนียว แบบว่าบางครั้งก็วิน (เวียนศีรษะ)” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 11)

2.5 อาการเกี่ยวกับ “จิตใจ” เช่น ตกใจง่าย ใจน้อย เศร้า เบื่อ ท้อแท้ และหงุดหงิดง่าย ดังปรากฏในคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เบื่อ รู้สึกอาการไม่ดี จิตใจรู้สึกไม่อยากต่อสู้.. มันสมองคิดไม่ออก” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6)

3. การระบุว่าเป็นโรคหัวใจอ่อน มี 3 ลักษณะ และสะท้อนได้จากตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

3.1 ระบุด้วยตนเอง โดยพิจารณาจากอาการที่เป็นเกี่ยวกับหัวใจและเรี่ยวแรง โดยบอกว่า หัวใจเพ็ลย

เมื่อยในหัวใจ หัวใจวามร่วมกับอาการอ่อนเพลียไม่มีแรงไปทั้งตัว และทำงานไม่ไหว

“หัวใจอ่อน... เจ้าของคิดเอาเอง หัวใจมันเมื่อย ได้ยินเพื่อนบ้าน เขาทะเลาะกันเสียงดัง ก็ตกใจแล้วเมื่อย เหนื่ออกเต็มมือ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 11)

“โรคนี้คงเป็นโรคหัวใจแน่ เพราะว่ามันตกใจง่าย แล้วก็อ่อนลงเลย” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2)

3.2 ระบุโดยบุคคลากรด้านสุขภาพ ผู้ที่ได้รับการบอกเล่าว่าเป็นโรคหัวใจอ่อน ได้ถูกส่งจ่ายยามาให้รับประทาน เมื่ออาการทุเลาลงจึงทำให้เชื่อมั่นว่าตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจอ่อนแน่นอน และจะไปขอรับการตรวจรักษาทุกครั้งที่มีอาการ

“ไป เอ๊กเซอร์ ก็มีแต่หัวใจ เพิ่น (เขา) ก็ว่าหัวใจเต้นค่อย หัวใจอ่อน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3)

3.3 ระบุโดยบุคคลในชุมชน โดยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับเพื่อนบ้านที่มีอาการคล้ายกัน จึงทำให้เกิดความเชื่อคล้ายตาม

“ได้ยินคนเค้า (พูด) บอกว่าสงสัยฉันเป็นโรคหัวใจอ่อน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4)

4. การรับรู้ถึงสาเหตุ สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกบอกว่าเริ่มมีอาการเมื่อเกิดการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด มีความรู้สึกว่าเหว คิดมาก มีความเครียด มีปัญหาในครอบครัว และผิดหวังในอาชีพ ดังปรากฏในคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลฯ ดังนี้

“ตั้งแต่ปี 35 ลูกเสียแล้วเริ่มเป็นเลย” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 6)

“มันก็จะเกี่ยวกับจิตใจ คิดไปคิดมามันก็จะเมื่อย” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

“ผิวเมียเขาต่อกันนี่ เขาจะตีกัน เราเป็นไปก่อนแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 10)

“เมื่อก่อนแฟนเจ้าชู้ เขามีผู้หญิงมาติด... อยู่บักชีเต็นะคะ ลูกก็ยังเล็ก เป็นยามโดแฟนก็ไม่อยู่ เขาไปทำงานต่างจังหวัด” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 11)

กลุ่มที่สองบอกว่าทำงานหนัก และพักผ่อนน้อย ดังปรากฏในคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลฯ ดังนี้

“เรื่องหัวใจอ่อนคงจะเกี่ยวกับมันมาเอ็ดเวียกหนัก (ทำงานหนัก)” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

5. ผลที่ตามมา จะเกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม ซึ่งจะรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

5.1 ผลกระทบต่อตนเองได้แก่รู้สึกไม่มีความสุขกังวล กลัวตาย กลัวผลกระทบต่อครอบครัวเมื่อตนเองต้องตายไป รู้สึกเหนื่อยใจ เบื่อ อารมณ์หงุดหงิด ทำงานได้น้อยลงและความอดทนลดลง

“ทอนเงินก็ไม่ถูก เห็นคนเดินมาซื้อของก็หงุดหงิด ใจอ้าย (โกรธ) พุดผิดหูก็ด่าขึ้นเลย” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 1)

5.2 ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในครอบครัว เช่น ทำงานบ้านได้น้อยลง ทำให้รู้สึกว่าตนเองบกพร่องเป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัวที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมีอาการ มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม สมาชิกในครอบครัวแสดงท่าทีเบือนหน้าไปถึงการไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสได้

“ทำงานไม่ได้เลย ขนาดนั่งอยู่บนบ้าน เห็นเขาแบกจอบเสียมไปนา ทางนี้ก็เมื่อยแล้ว ทำแบบเขาไม่ได้... แต่ว่ามันเกี่ยวกับผสมพันธุ์ ก็เกี่ยวหมดทุกด้าน จนผมนี่ไม่เอาอะไรแล้วครับ” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

“คนรอบข้างว่าเป็นโรคแก้ังทำ เป็นการรำคาญต่อครอบครัว... ตอนเป็นก็ไม่อยากจับอยากบาย (ไม่อยากทำอะไรเลย)” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 11)

5.3 ผลกระทบทางสังคม เช่น ทำให้สัมพันธ์ภาพกับคนอื่นไม่ดี ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมกับคนหมู่มากหรือไม่ไปในที่ๆ มีเสียงดังได้ เนื่องจากจะมีอาการตกใจ ใจสั่นและอ่อนเพลีย ทำให้หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม และสะท้อนใจต่อท่าทีของคนอื่นได้ง่าย ดังปรากฏในคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลฯ ต่อไปนี้

“มีแต่กวาดบ้านถูบ้านธรรมดา บกกล้า เอ็ด (ไม่กล้าทำ) อะไรมาก งานบุญไปไม่ได้เลย เห็นคนไปก็อยากไปอยู่ แต่ไม่กล้าไป มันเสียงดัง” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 3)

**6. การจัดการด้านสุขภาพ** ในขณะที่มีอาการ ผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็นโรคหัวใจอ่อน มีวิธีปฏิบัติต่างๆ ไป ดังนี้ ปฏิบัติตัวตามปกติ หากิจกรรมเบี่ยงเบน ฝึกทำ กิจกรรมทางอาชีพต่อไป ทำจิตใจให้สงบ และฝึกปฏิบัติ ธรรม ทำใจ พยายามคิดถึงเรื่องที่ดีๆ หลีกเลี้ยง สถานการณ์ที่ทำให้เครียดหรือคิดมาก พยายามนอน พักให้เพียงพอ หลีกเลี้ยงการทำงานหนัก การปฏิบัติ ตัวเมื่อมีอาการ คือ สูดลมหายใจเข้าลึกๆ ซ้ำๆ หลีก เลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นหรือเสียงดัง เช่น ไม่ออกนอกบ้าน ปิดหูเวลามีเสียงดังหรือเสียงฟ้าร้อง เป็นต้น สมาชิก ในครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลโดยการ เอาใจใส่ ไม่ให้มีเรื่องกระทบกระเทือนจิตใจ ช่วยบิบนวด จัดยาหอม ยาดม ยาหม่องให้เมื่อมีอาการเล็กน้อย และเมื่อมีอาการมากก็จะพาไปตรวจรักษาที่สถานี่ อนามัยใกล้บ้าน คลินิก โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน ส่วน ใหญ่ได้รับคำอธิบายว่าไม่เป็นอะไร ให้ยามารับประทาน ในรายที่เป็นมากก็จะได้รับการชดเชย ผลของการรักษา ส่วนใหญ่จะมีอาการดีขึ้น และส่วนใหญ่จะรับประทาน ยาเมื่อมีอาการ ดังปรากฏในคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลฯ ต่อไปนี้

“มีคนเอายามาให้กิน... พยายาม ทำใจ เราเป็นได้ เราก็หายได้ คนอื่นเป็น เราเป็น เรา ต้องใจแข็งไว้ก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 2)

“คนในครอบครัววิ่งช่วยดูแล ไม่พูดเรื่องมี ปัญหาให้ฟัง กลัวฉันเป็น “อย่ารีบพูดให้มันฟังเด้อ” ฝึก ทำงานได้ เพียงแต่กินยาบำรุง” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 4)

“มาถึงที่สุด ก็มารักษาชนิดที่ว่านั่งวิปัสสนา กรรมฐานนี่ละ มันก็เลยดีขึ้น เบาหมดตัวเลย มันคล้าย กับว่าเราเปลี่ยนระบบประสาทได้ ! น้อยใจ ดีใจ เสียใจ บ่ (ไม่) มีแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 9)

“บางทีก็เป็นมาก ก็ไปหาหมอ หมอชดเชยให้ ให้ยามากิน กินยาแล้วก็มีแสง (มีแรงขึ้น)” (ผู้ให้ข้อมูลที่ 8)

“ลูกฉันก็พาให้ฉันไปโรงพยาบาลจิตเวช ว่าฉันเป็นบ้าเป็นประสาท ผัวก็บอกว่าไปจิตเวช วันๆ คิดหาแต่หมอ หมอไหนดีอยากไปหมด จนลูกด่า” (ผู้ ให้ข้อมูลที่ 1)

## วิจารณ์

เราพบบุคคลที่ระบุว่าตนเองเป็น “โรคหัวใจ อ่อน” ได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป<sup>16</sup> เมื่อเข้ารับบริการ ด้านสุขภาพ แพทย์มักจะใช้กระบวนการทางการแพทย์ แบบตะวันตก โดยมุ่งวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัย ระบบ ICD-10<sup>17</sup> หรือ DSM-IV-TR<sup>1</sup> และยังไม่มีการให้ ความหมายของ “โรคหัวใจอ่อน” แต่อย่างไร การศึกษา นี้มุ่งที่จะนำเสนอแง่มุมและประสบการณ์ตรงของผู้ที่ เข้าใจว่าตนเองเป็นโรคหัวใจอ่อน จากการศึกษาชี้แจง ให้เห็นว่า การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้มีทั้งประเด็น ความหมาย อาการ การระบุว่าเป็นโรคหัวใจอ่อน การรับรู้ถึง สาเหตุผลที่เกิดตามมา และการจัดการทางด้านสุขภาพ เพื่อให้เข้าสู่ภาวะปกติสุข

**1. ความหมาย** เป็นที่น่าสังเกตว่าการให้ความหมายของโรคหัวใจอ่อนโดยผู้ให้ข้อมูลหลักนี้ มีความ เชื่อมโยงในลักษณะเป็นเหตุเป็นผลกัน จำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ ลักษณะแรก เป็นโรคหัวใจชนิดหนึ่งที่เกิดจากความผิดปกติของหัวใจโดยตรง โดยนัยหมายถึง โรคที่มีพยาธิสภาพของหัวใจจริงๆ ลักษณะที่สองเป็น โรคที่หัวใจมีความผิดปกติแต่มีสาเหตุมาจากความ ไม่สบายทางจิตใจ โดยนัยหมายถึงเป็นอาการทาง ร่างกายที่สัมพันธ์กับการเสียสมดุลทางสรีระเมื่อมี ความขัดแย้งในจิตใจ เช่น กลุ่ม somatoform disorder หรือเป็นอาการทางร่างกายที่พบในความผิดปกติชนิด วิตกังวล (anxiety disorder) และอารมณ์เศร้า (depressive disorder) เป็นต้น<sup>18</sup> และลักษณะสุดท้ายคือ โรคที่เป็น

เรื่องของจิตใจไม่สบายซึ่งหมายถึงความผิดปกติทางจิตเวชนั่นเอง

**2. อาการ: ร่างกายและจิตใจ** ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวกับอาการทั้งร่างกายและจิตใจ อาการทางร่างกายหลักๆ จะเกี่ยวกับหัวใจ การหายใจและภาวะการรู้สึที่สัมพันธ์กับการรับรู้ถึงการดำรงอยู่ของชีวิต อาการอย่างอื่นที่ทำให้รู้สึกไม่ปกติ ได้แก่ ไม่สบายท้อง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า และอาการตื่นตัวของระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ อาการทางจิตใจแสดงถึงความรู้สึกที่ไม่เป็นสุข เช่น เบื่อ เศร้า เป็นทุกข์ ปรวิวิตกและกระวนกระวายใจ การแสดงออกทางร่างกายเมื่อมีความขัดแย้งในจิตใจเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยในผู้ที่อาศัยอยู่ในสังคมวัฒนธรรมแบบดั้งเดิม (traditional culture)<sup>13</sup> ผู้ให้ข้อมูลฯ ส่วนหนึ่งจะรู้สึกว่าโรคหัวใจอ่อนคุกคามต่อชีวิต จนญาติต้องรีบให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เป็นความรู้สึกทุกข์ทรมานและกลัวตาย ดังที่ คาห์นและสตีฟ (Kahn & Steeves, 1995) กล่าวว่า ความทุกข์ทรมานจะปรากฏชัดขึ้นเมื่อความรู้สึกมั่นคงถูกคุกคามหรือสูญเสียไป<sup>19</sup> จากการวิเคราะห์รายบุคคลพบว่า ส่วนใหญ่จะมีความเครียดและความกดดันเป็นสาเหตุมาก่อนเสมอ แต่สิ่งที่แสดงออกและใช้สื่อสารกับญาติหรือบุคลากรด้านสุขภาพคือ การพูดเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย นักวิจัยจำนวนมากมีความเห็นตรงกันว่า แต่ละวัฒนธรรมจะมีคำหรือวลีที่ใช้สื่อถึงสภาพอารมณ์เป็นการเฉพาะ ซึ่งสะท้อนให้เห็นค่านิยมทางสังคมและจิตวิญญาณต่อปัญหาทางจิตใจ สิ่งนี้อาจเรียกว่า “วลีที่บอกความทุกข์ใจ” (idiom of distress)<sup>13</sup> หรือ “ภาษาที่บอกอารมณ์” (language of emotion)<sup>12</sup> ดังนั้น โรคหัวใจอ่อนจึงอาจมีความหมายว่าเป็น “วลีแห่งความทุกข์ใจ” อย่างหนึ่งที่บุคลากรด้านสุขภาพจะต้องค้นหาสาเหตุที่แท้จริง และให้การช่วยเหลือบำบัดอย่างเหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้ ในมุมมองด้านวัฒนธรรมตะวันออก การสื่อสารทางอารมณ์โดยผ่านอาการทางร่างกายจะ

เป็นที่ยอมรับทางสังคมมากกว่า และการไปขอรับบริการด้านสุขภาพด้วยปัญหาทางร่างกายจะได้รับการเข้าใจมากกว่าปัญหาด้านอารมณ์<sup>12</sup> คำพูดที่แสดงถึงอาการทางกายบางคำมีนัยทางอารมณ์ด้วย เช่น “ปวดใจ” หรือ “ปวดหัวใจ” หมายถึง “เศร้าใจ” ขณะที่ “เมื่อยล้า” หรือ “หมดเรี่ยวแรง” หมายถึง “ความเจ็บปวดทางใจ” และ “เหนื่อยอ่อน” อาจจะหมายถึง “ความรู้สึกสิ้นหวัง”<sup>20</sup> ในมุมมองทางสังคมวิทยาการแพทย์และมานุษยวิทยา ซึ่งว่ารูปแบบของพฤติกรรมอาการเจ็บป่วย วลีที่แสดงถึงสภาพอารมณ์ สภาพความเจ็บป่วยทางกายและพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นเครื่องสะท้อนถึงความคับข้องใจได้<sup>21</sup>

**3. การระบุว่าโรคหัวใจอ่อน** ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มแรกระบุว่าโรคหัวใจอ่อน เนื่องจากมีอาการเด่นชัดเกี่ยวกับหัวใจ ซึ่งสัมพันธ์หรือเกิดขึ้นพร้อมกับอาการอ่อนเพลีย หมดเรี่ยวแรงและไม่สามารถช่วยตนเองได้ บางส่วนเชื่อว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่ให้พลังทั้งหมดแก่ร่างกาย โดยการสูบฉีดเลือดและพลังงานไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อหัวใจอ่อนแอ (เช่น รู้สึกว่าเมื่อยหัวใจ) แล้ว อวัยวะทั้งหลายย่อมได้รับเลือดและพลังงานไปเลี้ยงไม่พอเพียง จึงทำให้หมดพลัง ในมุมมองทางจิตเวชศาสตร์วัฒนธรรม (cultural psychiatry) ซึ่งว่าวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของการเจ็บป่วย การใช้คำที่แสดงถึงความคับข้องใจ และมีผลต่อรูปแบบการอธิบายความผิดปกติของสุขภาพด้วย<sup>22</sup>

เนื่องจากสังคมยังมีทัศนคติในการยอมรับการเจ็บป่วยทางกายมากกว่า บุคลากรด้านสุขภาพบางคนจึงระบุว่าผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจอ่อนแทนที่จะบอกว่าเป็นโรควิตกกังวลหรือโรคทางจิตเวชชนิดอื่น พร้อมทั้งจัดยาให้รับประทาน ทั้งนี้อาจเป็นการช่วยรักษาหน้าหรือภาพลักษณ์ให้กับผู้ใช้บริการ จึงทำให้เชื่อว่าเป็นโรคหัวใจจริงๆ เนื่องจากเมื่อได้รับยาแล้วทำให้อาการดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้<sup>18</sup> สำหรับผู้ที่เชื่อว่าเป็นตนเองเป็นโรคหัวใจอ่อนตามคำบอกเล่าหรือคำอธิบาย



จากเพื่อนบ้านนั้น เนื่องจากการมีภูมิลาเนาอยู่ในเขตพื้นที่ชนบทซึ่งจะมีลักษณะสังคมเกษตรกรรม มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและความผูกพัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันจึงทำให้เกิดความเชื่อถือคล้ายคลึงตามกันได้ง่ายขึ้น

#### 4. การรับรู้ถึงสาเหตุ

ผู้ให้ข้อมูลหลักได้กล่าวถึงและเข้าใจว่าสถานการณ์หรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นก่อนหรือเกิดขึ้นในระหว่างที่มีอาการผิดปกตินั้น เป็นสาเหตุหรือเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจอ่อน ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเด็นหลัก ประเด็นแรกเกี่ยวกับสถานการณ์ทางจิตสังคมที่เป็นสาเหตุของความตึงเครียด และกระตุ้นให้เกิดอาการ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความรู้สึกเหงาว่าเหว ความไม่สมหวังในครอบครัวและหน้าที่การงาน สถานการณ์ที่ยุ่งเหยิงอีกทีก็ภาวะที่คุกคามต่อความสงบสุขของจิตใจและความมั่นคงในชีวิต ประเด็นที่สองเกี่ยวกับสถานการณ์ทางร่างกาย เช่น การทำงานหนักและการนอนที่ไม่เพียงพอ เป็นต้น

#### 5. ผลที่ตามมา

ความทุกข์ทรมานและอาการเกี่ยวกับหัวใจ มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายประเด็น เช่น ความรู้สึกทุกข์ทรมานทางจิตใจ วิตกกังวล ความอดทนลดลง และกลัวตาย อันนำมาซึ่งการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมประจำวันและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทที่มีการพึ่งพาเป็นภาระของครอบครัว และเป็นตราบาป (stigma) เช่น ผู้ให้ข้อมูลบางรายบอกว่าตนเองเป็นประสาท ซึ่งคำว่า “ประสาท” ในความหมายของคนในชุมชนถือเป็นเรื่องของความบกพร่องทางจิตใจและเป็นปมด้อย ทศนคติและความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลมีการจำกัดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังที่มีผู้ให้ข้อมูลหลักหนึ่งรายที่บอกเล่าว่าโรคหัวใจอ่อนทำให้เขาหมดพลังจนไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ มีความรู้สึกว่าร่างกายและจิตใจสูญเสียพลังและความสามารถ

#### 6. การจัดการด้านสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลหลักและครอบครัวจัดการกับโรคหัวใจอ่อนในหลายรูปแบบ กรณีจัดการด้วยตนเอง กลุ่มแรกจัดการโดยพยายามทำกิจกรรมให้คล้ายเดิมมากที่สุด “พยายามคิดในแง่ที่ดี (positive thinking)” ทำงานตามปกติ รวมทั้งนำแนวคิดทางพุทธศาสนามาปฏิบัติ เช่น การปล่อยวางและไม่ยึดมั่นในตนเอง ทำให้สามารถควบคุมอาการได้ กลุ่มที่สองใช้ “วิธีการหลีกเลี่ยง” เช่น เลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียด เลี่ยงการทำงานและกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม กลุ่มนี้จะมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับอาการทางกาย และเชื่อว่าตนเองเป็นโรคหัวใจจริงๆ

กรณีจัดการโดยครอบครัว ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวจะให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นโดยการปรับนิเวศน์ปรับแวดล้อม ยามมอง ยามหอมและยาแผนปัจจุบันให้รับประทาน รวมถึงการเอาใจใส่ทั่วไปและจำกัดสิ่งที่รบกวนจิตใจ จากคอบสัน (Jacobson, 1986) ซึ่งว่าการปรับระดับประคองทางจิตใจและอารมณ์แก่บุคคลที่ได้รับเมื่อทราบว่าตนเองเจ็บป่วยเป็นโรค จะช่วยทำให้บุคคลนั้นยังคงความรู้สึกนับถือตนเอง และเชื่อว่าผู้อื่นจะช่วยเหลือได้<sup>23</sup> และหากเมื่ออาการของโรคหัวใจอ่อนนั้นเป็นรุนแรงมาก ญาติก็จะพาไปรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน

มีผู้ให้ข้อมูลหลักเพียงหนึ่งรายเท่านั้นที่เคยไปรับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช นอกจากนั้นไปขอรับบริการตามสถานอนามัยใกล้บ้าน คลินิกส่วนตัว โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ทั้งที่จังหวัดขอนแก่นมีโรงพยาบาลจิตเวชและภาคีวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่เปิดให้บริการคลินิกจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาของ ไคลน์แมน (Kleinman, 1977) ที่พบว่า ชาวจีนที่มีความคับข้องใจทางด้านอารมณ์มักจะมีอาการทางร่างกาย และหลีกเลี่ยงการไปขอใช้บริการทางสุขภาพจิต<sup>21</sup>

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการจัดการตนเองของผู้ที่เข้าใจว่าตนเองเป็นโรคหัวใจอ่อน จะมีการปฏิบัติเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่พยายามจัดการโดยตนเอง การได้รับความช่วยเหลือดูแลจากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการไปขอรับบริการจากสถานบริการสุขภาพ ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นสถานบริการสุขภาพที่ให้บริการด้านเวชปฏิบัติทั่วไป และมักเน้นการรักษาอาการทางกายเป็นประเด็นหลัก ผู้ให้ข้อมูลฯ มักคาดหวังที่จะได้รับข้อมูล การอธิบายที่ถูกต้องและเป็นที่ยอมรับได้ รวมทั้งได้รับการประคับประคองทางด้านอารมณ์จากบุคลากรด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือคลาดเคลื่อนซึ่งได้ให้แก่ผู้เจ็บป่วยและญาติในช่วงเวลาวิกฤต จะมีอิทธิพลอย่างมากในการทำให้เกิดผลทางลบทั้งในด้านความเชื่อ ทศนคติและการปฏิบัติตน ซึ่งอาจทำให้ผู้เจ็บป่วยและญาติอยู่ในภาวะไม่มั่นคงทางด้านจิตใจและมีความรู้สึกกลัวมากยิ่งขึ้นได้

### ข้อจำกัดของการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็นโรคหัวใจอ่อนจำนวน 11 ราย ดังนั้นข้อค้นพบต่างๆ จึงมุ่งเน้นการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยมีได้มุ่งเน้นการนำผลการศึกษาที่ได้ ไปประยุกต์ใช้หรืออธิบายปรากฏการณ์ในกลุ่มอื่นที่มีบริบทของการศึกษานี้ ซึ่งเป็นธรรมชาติของวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งแตกต่างจากการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative study) ผลการศึกษานี้จึงสามารถอธิบายเฉพาะบุคคลที่เป็นโรคหัวใจอ่อน ซึ่งอาศัยอยู่ในหมู่บ้านชนบท อำเภอชนบทและอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นเท่านั้น

### สรุปและข้อเสนอแนะ

“โรคหัวใจอ่อน” เป็นชื่อโรคในสังคมไทย ปรากฏการณ์วิทยาประกอบด้วยอาการต่างๆ ที่บุคคล

เข้าใจว่าเกิดจากหัวใจและจิตใจทำหน้าที่ผิดปกติ โรคนี้มีผลกระทบต่ออาการดำรงชีวิตประจำวัน บุคคลที่เป็นโรคนี้และครอบครัวจัดการกับการเป็นโรคไม่แตกต่างจากโรคทางการแพทย์อื่นๆ คือ พยายามรักษาด้วยตนเอง ครอบครัวจัดการให้ และไปพบบุคลากรด้านสุขภาพ การเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์วิทยาของโรคหัวใจอ่อนจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาแบบองค์รวมแก่บุคคลและครอบครัว รวมทั้งพัฒนาศักยภาพให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควมมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จะเห็นได้ว่า ปรากฏการณ์โรคหัวใจอ่อนได้รับอิทธิพลจากบริบท กระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมบุคคลเป็นอย่างมาก วิธีการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา (ethnography study) เป็นแนวทางหนึ่งที่จะใช้ ในการค้นหาความแตกต่างระหว่างกลุ่มบุคคลเหล่านี้ จากการวิเคราะห์กลุ่มอาการโดยรวมพบว่า มีความหมายและลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มอาการของผู้ที่มาพบแพทย์ด้วยความผิดปกติชนิดอารมณ์เศร้า (depressive disorder) ชนิดวิตกกังวล (anxiety disorder) และชนิดกลุ่มอาการทางกายที่ตรวจไม่พบพยาธิสภาพ (somatoform disorder) ดังนั้น การศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) อาจเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยทำให้เข้าใจโรคหัวใจอ่อนโดยอาศัยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับประเด็นในสามด้านนี้ ได้ รวมทั้งการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (mixed method approach) เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งครอบคลุม สามารถอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ชัดเจนและถูกต้อง

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและโครงการพัฒนากลุ่มนักวิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed. Text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Goldberg DP, Bridges K. Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *J Psychosom Res* 1988; 32:137-44.
3. Escobar JI, Burnam MA, Karno M, Forsythe A, Golding JM. Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44:713-8.
4. Shaw J, Creed F. The cost of somatization. *J Psychosom Res* 1991; 35(2-3):307-12.
5. Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV 3rd et al. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:352-8.
6. Katon W, Lin E, Von Korff M, Russo J, Lipscomb P, Bush T. Somatization: a spectrum of severity. *Am J Psychiatry* 1991; 148:34-40.
7. Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177:140-6.
8. Kleinman A. Neurasthenia and depression: a study of somatization and culture in China. *Cult Med Psychiatry* 1982; 6:117-90.
9. Mezzich JE, Raab ES. Depressive symptomatology across the Americas. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37:818-23.
10. Bhatt A, Tomenson B, Benjamin S. Transcultural patterns of somatization in primary care: a preliminary report. *J Psychosom Res* 1989; 33:671-80.
11. Skapinakis P, Lewis G, Mavreas V. Cross-cultural differences in the epidemiology of unexplained fatigue syndromes in primary care. *Br J Psychiatry* 2003; 182:205-9.
12. Parker G, Gladstone G, Chee KT. Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. *Am J Psychiatry* 2001; 158:857-64.
13. Bhugra D, Mastrogianni A. Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *Br J Psychiatry* 2004; 184:10-20.
14. Morse JM. Qualitative research methods for health professionals, 2<sup>nd</sup> ed. London: Sage; 1995.
15. Streubert SHJ, Carpenter R. Qualitative research in nursing, 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2003.
16. สุรพล วีระศิริ. โรคหัวใจอ่อนมีจริงหรือ. วารสารศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2538; 3:51-53.
17. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
18. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry, 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 143-50.
19. Kahn DL, Steeves RH. The significance of suffering in cancer care. *Semin Oncol Nurs* 1995; 11:9-16.
20. Chang WC. A cross-cultural study of depressive symptomatology. *Cult Med Psychiatry* 1985; 9:295-317.

21. Kleinman AM. Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”. Soc Sci Med 1977; 11:3-10.
22. Kirmayor LJ. Clinical variations in the presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. J Clin Psych 2001;62 (suppl.13): 22-28.
23. Jacobson DE. Types and timing of social support. J Health Soc Behav 1986; 27:250-64.