

**การรับรู้โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิงอีสาน
บริบทจังหวัดอุบลราชธานี***
**Perception of Coronary Heart Disease among
I-Saan Women, Ubonrachathani context***

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2553

Volume 33 No. 3 (July-September) 2010

สุเพียร โภคทัช วท.ม.(สรีรวิทยา)** Supian Pokathip MS(Physiology)**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่องมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้หญิงอีสานบริบทจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้มุมมองเชิงเพศภาวะ ในผู้หญิงที่เป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 51 คน อายุเฉลี่ย 50.9 ปี โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อค้นพบเชิงเพศภาวะพบว่า ความเป็นผู้หญิงตามบทบาทที่กำหนดในสังคมอีสานทำให้ผู้หญิงขาดการดูแลสุขภาพตนเอง และมองต่อโรคหลอดเลือดหัวใจผู้หญิงให้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 3 นัย คือ เป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงถึงชีวิต เป็นความลำบาก ทรมาน และเป็นภาระทั้งต่อตัวเองและครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงได้แก่ ใจสั่น โรคอ้วน ไขมันสูง ความดันโลหิตสูง และความเครียด มีทั้งผู้ที่รับรู้ว่ามีเสี่ยงและไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค และการป้องกันโรคโดยการควบคุมอาหาร และการผ่อนคลายความเครียด โดยการสวดมนต์ เต้นรำ ทำอาหาร พูดคุยกับเพื่อน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ถูกรับรู้ว่าเป็นการผ่อนคลายความเครียด บุคลากรสุขภาพจึงควรพัฒนาวิธีการที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิง

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้หญิงอีสาน เพศภาวะ การรับรู้

Abstract

This pilot study using qualitative research aimed at exploring gender perceptions of coronary heart disease (CHD) among I-Saan women in Ubonrachathani the ni Province. Fifty-one women (the mean age was 50.9 years old), both with and without risks of CHD group, were purposive sampling as key informants. Focus group discussion, in-depth interviews, and non participant observation were employed for data collection. Data were analyzed by content analysis. Finding of the study revealed that I-Saan women's health was influenced by gender roles among I-Saan culture. Perceptions of CHD were perceived in 3 main issues. First, CHD was a threatening disease and was a burden for themselves and family. Second, several conditions were perceived as the risks of the disease including palpitation, obesity, hyperlipidemia, hypertension and stress. Third, preventions of CHD were diet control and stress management which included chanting, dancing, cooking, and chatting with

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

friends. However, smoking and drinking were also recognized as stress reduction methods. Appropriate interventions for prevention of CHD from health care providers should concern about these issues.

keywords : coronary heart disease, I-saan women, gender, perception

บทนำ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจในผู้หญิงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพราะจะมีผลต่อกระบวนการตัดสินใจและพฤติกรรม การแสวงหาการช่วยเหลือรักษา โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากโรคนี้ถ้าได้รับการรักษาภายในเวลาอันรวดเร็วภายใน 70 นาทีหลังจากมีอาการจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ถึง 7 เท่า¹ แต่จากการศึกษาต่างๆ ที่ผ่านมามีผลพบว่า ผู้หญิงมาโรงพยาบาลล่าช้า² ทำให้ขาดโอกาสในการได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงสูงได้ ซึ่งการที่สังคมมีความคาดหวังต่อหญิงชายแตกต่างกันทำให้ผู้หญิงผู้ชายมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมการแสวงหาการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตของหญิงชายให้แตกต่างกันได้³

สังคมส่วนใหญ่จะปลูกฝังให้ผู้หญิงมีความรับผิดชอบหน้าที่ในครอบครัวว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ (gender norm) จนบางครั้งทำให้ผู้หญิงให้ความสำคัญกับหน้าที่ในครอบครัวมากกว่าสุขภาพของตนเอง จึงแสวงหาการรักษาที่ล่าช้า^{4,5} ซึ่งค่านิยมเหล่านี้จะแตกต่างกันไปตามบริบทสังคมที่ต่างกัน เช่น ผู้หญิงในจอร์แดนจะมาโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากผู้หญิงได้รับการปลูกฝังให้มีความรับผิดชอบในการดูแลเด็ก และงานในครัวเรือน⁶ ให้เรียบร้อยทำให้ผู้หญิงให้ความสำคัญกับหน้าที่บทบาทตามความคาดหวังของสังคมมากกว่าสุขภาพของตนเอง ดังนั้นลักษณะของการปลูกฝังของสังคม (socialization) จึงมีความสำคัญต่อการรับรู้กระบวนการตัดสินใจและพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาลของผู้หญิง

สังคมไทยพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิงมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 1.8 ในปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 2.1 ในปี 2546 ขณะที่อัตราการเสียชีวิตในผู้ชายกลับลดลง⁷ แต่ยังไม่มีความอธิบาย

ปรากฏการณ์นี้ จึงมีการศึกษาครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้การให้ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้หญิงอีสานในบริบทจังหวัดอุบลราชธานี วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดอุบลราชธานี ผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกโดยวิธีการเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง ในผู้หญิงกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและผู้หญิงที่เป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป และจากการบอกต่อจากผู้เชี่ยวชาญที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ในผู้หญิงที่อายุ 20 ปีขึ้นไปและยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัยด้วยการเซ็นใบยินยอมจำนวนทั้งหมด 51 คน อายุระหว่าง 20-76 ปี อายุเฉลี่ย 50.9 ปี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิธีชีวิต การใช้ชีวิตประจำวัน พฤติกรรมต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการสนทนาตามธรรมชาติ

2. การสนทนากลุ่ม จำนวน 8 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้หญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน และหรือโรคความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ ผู้ดูแลคนเจ็บป่วยในครอบครัว และ 2) ผู้หญิงที่เป็นกลุ่มประชาชนทั่วไปประกอบด้วยกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน คือกลุ่มแม่บ้านตำรวจ และกลุ่มที่ทำงานนอกบ้าน คือกลุ่มเกษตรกร กลุ่มแม่ค้าตลาดสด และกลุ่มวิชาชีพครู และวิชาชีพพยาบาล จำนวนของผู้ร่วมสนทนากลุ่มๆ ละ 5-6 คน ขึ้นกับความพร้อมและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ผู้ร่วมกลุ่มทั้งหมดจำนวน 44 คน

3. การสัมภาษณ์เจาะลึก ในผู้หญิงที่มีลักษณะเฉพาะในด้านต่างๆ ทั้งผู้ที่มีความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและบุคคลทั่วไป และมีความหลากหลายทั้งผู้ที่มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ ผู้ที่มีฐานะยากจน ผู้บริหารระดับสูง นักการเมืองท้องถิ่น นักธุรกิจหญิง และบุคลากรสุขภาพทั้งแพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้หญิงที่เป็น

โรคหลอดเลือดหัวใจทั้งผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และบุคลากรที่ไม่ได้เป็นกลุ่มเสี่ยงจำนวน 7 คน การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ในแต่ละครั้งจะมีการถอดเทปบันทึกเสียงชนิดคำต่อคำ (verbatim transcriptions) และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้วิธีของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978) ความเข้มงวด (rigor) และความเชื่อถือได้ (credibility) ของการวิจัย ใช้กระบวนการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล ด้านผู้วิจัย โดยนำข้อมูลที่ตีความได้มาปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และด้านทฤษฎี จริยธรรมการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องของการศึกษาประสบการณ์ ชีวิตของผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผลการศึกษา

ข้อค้นพบ ประกอบด้วยประเด็นหลัก 2 ประการ คือมุมมองเชิงเพศภาวะของผู้หญิงอีสาน และมุมมองต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ รายละเอียดในแต่ละประเด็นมีดังนี้

1. มุมมองเชิงเพศภาวะของผู้หญิงอีสาน ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ร่วมในการให้ข้อมูลครั้งนี้ ได้สะท้อนวิถีชีวิตของผู้หญิงอีสาน ผ่านมุมมองเชิงเพศภาวะ ดังนี้

1.1 บรรทัดฐานของผู้หญิง ผู้ให้ข้อมูลหลักสะท้อนว่าตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันผู้หญิงอีสานส่วนใหญ่จะได้รับการอบรมสั่งสอนและปลูกฝังให้อยู่ในกรอบประเพณี รู้จักรักษาวลิตนุตน เชื่อฟังพ่อแม่ในทุกเรื่อง รวมทั้งเรื่องของการมีคู่ครอง และผู้หญิงต้องอยู่กับบ้านเรือน เป็นแม่บ้านที่ดี รับผิดชอบและให้ความสำคัญกับครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่เป็นแม่ต้องมีความอดทน เป็นผู้ให้ คิดถึงและดูแลคนอื่นก่อนตัวเองเสมอ เสียสละตลอด และเป็นผู้รองรับความทุกข์ นอกจากนี้ผู้หญิงยังถูกคาดหวังว่าต้องเป็นผู้ดูแลญาติพี่น้อง จนบางครั้งขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งขาดโอกาสในการออกกำลังกาย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“อ้าวจริง ๆ คนที่เป็นแม่นี่อีกอย่างหนึ่งนะพี่ว่า ไม่ได้คิดถึงตัวเองก่อนจะคิดถึงคนอื่นก่อน ผู้หญิงนะคิดถึงครอบครัวว่าเขาจะยังไถ่ไรต้องดูแลเขาก่อนใช้ไหม ถ้าคิดถึงตัวเองก่อนตัวเองต้องไปออกกำลังกายก่อนแล้วค่อยมาทำกับข้าวให้เขากินใช้ไหมละ” (กลุ่มเสี่ยง อายุ 57 ปี)

“ถูกปลูกฝังว่าผู้หญิงต้องอยู่บ้าน ต้องทำงานให้ครอบครัว ต้องดูแลครอบครัว มันฝังลึกนะว่าไหมฝังลึกมากเลย” (กลุ่มเสี่ยงอายุ 45 ปี)

“ผู้หญิงนะเขาทำงานบ้านหนักแล้ว แล้วเขาดูแลสามีเขาหนักแล้ว แล้วเรื่องของเข (สุขภาพ) นี่ไม่ต้องไปตรวจก็ได้ถ้าไม่จำเป็นก็ไม่ต้องไป” (กลุ่มเสี่ยง อายุ 64 ปี)

“ผู้หญิงจะไม่มีเวลาโดยเฉพาะพวกเรามีลูกแล้ว จะไม่มีเวลาไปออกกำลังกายถ้าลูกยังไม่โต อันนี้ตัดทิ้งไปเลย” (บุคคลทั่วไป อายุ 40 ปี)

“สอนให้เป็นคนดี อยู่บ้านเป็นแม่บ้านที่ดีไม่ให้ไปกินเหล้าเมายา” (กลุ่มเสี่ยง อายุ 20 ปี)

“สามีป่วยนอนโรงพยาบาล แล้วพ่อมาป่วยและหลานเขามาป่วยอีก ตัวเองไม่สบายก็เอาไว้วัดสุดท้าย” (กลุ่มเสี่ยง อายุ 55 ปี)

1.2 การแบ่งงานหญิงชาย ปัจจุบันผู้หญิงอีสานจะออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้นทั้งงานที่ใช้แรงงาน ค้าขาย งานวิชาชีพ ต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลบางคนเห็นว่าการปรับเปลี่ยนหน้าที่กันระหว่างหญิงชายได้ตามความเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามผู้หญิงยังต้องรับผิดชอบงานในครอบครัวด้วย โดยเฉพาะบทบาทของผู้ดูแลคนเจ็บป่วยในบ้าน ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดในผู้หญิงได้มากสะท้อนจากตัวอย่างต่อไปนี้

“บางครั้งจนได้นั่งร้องไห้ โอ้ยกรรมเวรบ้างให้ตัวเอง ผัวนี้ป่วยมาแล้ว 10 ปี กับ 2 เดือนเออช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ส่วนลูกนั้นเป็นมาแต่เกิดสมองพิการมาแต่กำเนิด 38 ปีแล้ว” (กลุ่มเสี่ยงอายุ 60 ปี)

“ผู้หญิงจะรับผิดชอบมากกว่าผู้ชายอีก เพราะว่าผู้ชายไม่ได้มาทำงานบ้านไปแต่่นอกบ้าน แต่ผู้หญิงทั้งนอกบ้านทั้งในบ้านแต่ผู้ชายเขานอกบ้านก็คือนอกบ้านแต่ในบ้านเขาก็นอนดูทีวีถึงเวลาเขาก็กินข้าวอะ มีคนทำให้มีคนเตรียมให้ ถ้าเรานี้พอกกลับมาจากบ้านปุ๊บ

เกิดไปปรับลูกกลับมาปั๊บบ้างไปตลาดนะไปหาซื้อของ
ซื้อของเสร็จแล้วมาถึงบ้านก็ต้องมาทำกับข้าว แทนที่มา
ปั๊บบ้างจะได้นั่งพักดูทีวีเหมือนเขา ไม่แล้วเราก็จะทำ
เสร็จแล้วเราก็มาเรียกเขามากินข้าวอย่างงี้ เขากินเสร็จ
เขาก็ไปนั่งดูทีวีต่อ เราก็กีบ (กลุ่มเสี่ยง อายุ 43 ปี)

“เมื่อก่อนจะเป็นแม่บ้านอย่างเดียวส่วนมากเดี๋ยว
นี้หน้าที่การงานความรับผิดชอบนี่คือทำงานนอกบ้าน
มากบ้านขึ้นแล้วบางทีอาจจะเป็นหลักให้ครอบครัวนะจะ
บางทีคือผู้ชายอาจจะไม่มีงานทำ อะไรอย่างงี้ค่ะ ผู้หญิง
ก็เลยความรับผิดชอบก็เลยมาตกอยู่กับผู้หญิงความเครียด
มันก็เพิ่มขึ้น” (กลุ่มเสี่ยง อายุ 45 ปี)

1.3 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชาย
ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะเห็นพ้องกันว่าผู้ชายมีอำนาจและ
สิทธิพิเศษเหนือกว่าผู้หญิง รวมทั้งการแบ่งทรัพย์สิน
มรดกผู้ชายจะได้มากกว่าเพราะต้องเป็นผู้นำครอบครัว
ส่งผลต่ออำนาจในการตัดสินใจและโอกาสในการเข้าถึง
ทรัพยากรและการควบคุมทรัพยากรของหญิงชายต่างกัน
ดังคำกล่าว

“ผู้หญิงเหมือนชนชั้นสอง ส่วนผู้ชายจะเป็นคน
พิเศษในบ้าน” (กลุ่มเสี่ยง อายุ 45 ปี)

1.4 โอกาสการเข้าถึงทรัพยากรและการ
ตัดสินใจ ปัจจุบันผู้หญิงอีสานจะมีโอกาสในการศึกษา
มากกว่าในอดีต และมีการทำงานนอกบ้านมากขึ้น ส่วน
โอกาสของความก้าวหน้าในการทำงาน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่
ล้วนมีความเห็นตรงกันว่าผู้หญิงยังไม่ได้รับการ
ยอมรับในการก้าวขึ้นสู่ระดับผู้บริหารหรือหัวหน้างานโดย
เฉพาะงานด้านการเมือง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าผู้หญิง
ที่ทำงานด้านการเมืองจะได้รับการยอมรับจากสังคม
น้อยกว่าผู้ชาย สะท้อนได้จากตัวอย่างต่อไปนี้

“ผู้นำ..ผู้ชายโอเคกว่า ผู้หญิง..สังคมยังไม่
ยอมรับ” (บุคคลทั่วไป อายุ 40 ปี)

“ผู้หญิงไปทำงานก่อสร้าง หิ้วปูนให้เขาไปเป็น
ลูกมือเขา” (บุคคลทั่วไป อายุ 45 ปี)

“ผู้หญิงเรามากจะขาดโอกาสตรงที่เป็นแม่บ้าน
ด้วยใจคะ เขาก็เลยหมดโอกาสที่จะออกไปเพิ่มคุณวุฒิ
ให้ตัวเอง” (กลุ่มเสี่ยง อายุ 65 ปี)

“ผู้หญิงควรจะต้องอยู่ที่บ้านทำอะไรให้ครอบครัว
การที่เอ่อจะกล้าอาสาออกมาเนี่ย ถ้าครอบครัวไม่พร้อม

คนที่จะโดนต่อก่อนคือผู้หญิงในขณะที่บางทีครอบครัว
ยังไม่พร้อมผู้ชายก็ออกมาอาสาเป็นนักการเมืองเฉย ก็
บอกว่าถือว่ามีแม่บ้านคอยดูแล ผู้หญิงจึงก้าวเข้ามาสู่วิถี
ทางการเมืองน้อย” (บุคคลทั่วไป อายุ 60 ปี)

“ไม่มีสิทธิ์เพราะเขาหาเงินคนเดียว”(บุคคลทั่วไป
อายุ 37 ปี)

2. มุมมองต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ของผู้ให้
ข้อมูลหลัก มี 3 ประเด็นดังนี้ ความหมายของการเป็น
โรคหลอดเลือดหัวใจ ความเสี่ยง ไม่เสี่ยงต่อการเป็น
โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดหัวใจป้องกันได้
รายละเอียดแต่ละประเด็น มีดังนี้

2.1 ความหมายของการเป็นโรคหลอดเลือด
หัวใจ ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ร่วมในการศึกษาให้ความหมาย
ของโรคหลอดเลือดหัวใจ 3 นัยดังนี้

2.1.1 อันตราย ร้ายแรง ผู้ให้ข้อมูลหลัก
ในกลุ่มต่าง ๆ ส่วนใหญ่ล้วนรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
เป็นโรคที่ร้ายแรง มีอันตรายสูง ทำให้เสียชีวิตได้ง่าย
ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือรักษาที่รวดเร็ว ผู้ให้ข้อมูล
ส่วนใหญ่จะนึกถึงความตายในเวลาที่เรารวดเร็ว การเสียชีวิต
กะทันหัน และรู้สึกกลัวตาย ดังคำกล่าวเหล่านี้

“มันจะตายเร็ว” (กลุ่มเสี่ยงอายุ 48 ปี)

“จะนึกถึงความตายมันเป็นโรคที่ร้ายแรง” (กลุ่ม
เสี่ยง อายุ 71 ปี)

“โรคนี้มันอันตรายสูงเพราะว่าถ้าเป็นปุ๊บมันมี
อาการบางทีช็อกไปแล้วหัวใจหยุดเต้นไปง่าย ๆ” (กลุ่ม
เสี่ยงอายุ 45 ปี)

“แต่เขาวัวโรคหัวใจนี้ตายง่ายนะ วูบเดียวไม่ต้อง
ทรมาน” (กลุ่มเสี่ยง อายุ 48ปี)

2.1.2 เป็นความลำบาก ทรมาน ผู้ให้
ข้อมูลบางคนคิดว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความลำบาก
ทรมาน ในการรักษาพยาบาลที่ต้องกินยาตลอด รวมทั้ง
การอยู่ในสังคมได้ยาก ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“หนูไม่คิดถึงความตาย หนูคิดถึงความลำบาก เรา
ต้องไปรักษา เราต้องกินยาตลอดเราต้องระวังตัวเองอยู่
ในสังคมก็ยุ่งยากไปสังคมกับเพื่อนไม่ได้เป็นโรคหัวใจนี้”
(กลุ่มเสี่ยง อายุ 50 ปี)

2.1.3 เป็นภาระกับคนอื่น ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งสะท้อนว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะเป็นภาระกับคนอื่นทั้งคนในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“มันเป็นโรคที่ว่ามันจะไปอยู่ในความดูแลของคนอื่นมากกว่า เป็นภาระ” (กลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 50 ปี)

2.2 ความเสี่ยง-ไม่เสี่ยง ต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับว่าสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวข้องกับอาการใจสั่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง อ้วน ความเครียด การสูบบุหรี่ กรรมพันธุ์ และขาดการออกกำลังกาย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งผู้ที่รับรู้ว่ามีความเสี่ยงและไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะผู้ที่มีความผิดปกติของหัวใจ ใจสั่น โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง มีความเครียดจากการดูแลคนเจ็บป่วย มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และผู้ที่มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ จะรับรู้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สะท้อนจากคำพูดเหล่านี้

“ผัวเป็นอัมพาตระยะแรก ๆ นะมันไม่ได้นอนทั้งกลางวันกลางคืนทุรนทุราย เออร้องดึกตื่นเที่ยงคืนร้องโอย ๆ เหมือนคนจะตายนี่เออมันก็เลยเครียด ต่อมามันก็เลยกลายเป็นหัวใจนะ” (กลุ่มเสี่ยง อายุ 60 ปี)

ส่วนผู้ที่รับรู้ว่ามีไม่เสี่ยง ได้แก่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นโรคเบาหวานพบว่าไม่มีใครที่รับรู้ว่ามีเสี่ยงต่อการเกิดโรค และผู้ที่สูบบุหรี่ เนื่องจากยังไม่มีอาการของโรคหัวใจ ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รวมทั้งผู้ที่รับรู้ว่ามีไม่มีความเครียด สะท้อนจากคำพูดเหล่านี้

“ดิฉันก็สูบตั้งแต่เด็กจนเดี๋ยวนี้ 49 ปีแล้วยังไม่เป็นอะไร ก็ไม่เห็นว่าจะหายใจตึบนะ ก็หายใจธรรมดาอยู่นะ” (กลุ่มเสี่ยงอายุ 49 ปี)

2.3 โรคหลอดเลือดหัวใจป้องกันได้ ผู้ให้ข้อมูลหลักมีวิธีการป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้หลากหลายวิธีทั้งการควบคุมอาหาร การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกาย และการเฝ้าระวังอาการด้วยตัวเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1. การควบคุมอาหาร ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่จะใช้วิธีการควบคุมอาหาร การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม และสิ่งที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ เช่น กาแฟ บางคนจะแสวงหาทางเลือกอื่น ๆ ในการดูแลตนเองเช่น การรับประทานสมุนไพรที่ช่วยในการลดระดับน้ำตาล ไขมันในเลือดแทน สะท้อนได้จากตัวอย่างต่อไปนี้

“คุมอาหารเย็น คือคูนน้ำหนักตัวเอง ก็กินของที่ตลาดช่วงบ่ายนี้แล้วก็อ้อมแล้วก็ดูทีวีอาบน้ำ ดูทีวีถ้าหิวก็กินผลไม้แทนก็แค่นั้น” (บุคคลทั่วไป อายุ 57 ปี)

“ช่วงนี้ที่กำลังควบคุมอาหาร จะทานพวกปลา และผัก แล้วก็ทานขมิ้นชัน” (กลุ่มเสี่ยง อายุ 62 ปี)

2.3.2. การผ่อนคลายความเครียด ผู้ให้ข้อมูลหลักมีวิธีผ่อนคลายความเครียดที่หลากหลาย ทั้งวิธีการพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างเพื่อน ๆ และคนในครอบครัว การดูหนัง ฟังเพลง ร้องเพลง เดินรำ ทำอาหาร หรือการศึกษาศาสนะ การสวดมนต์ ส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่ทำในบ้าน ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนตัว ผู้ให้ข้อมูลบางคนใช้วิธีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่ชอบ สะท้อนจากตัวอย่างต่อไปนี้

“ร้องเพลงก็สนุกดีไม่เป็นไรก็เขากออกไปเขาก็สนุก เราอยู่บ้านเราก็สนุก” (บุคคลทั่วไป อายุ 54 ปี)

“คลายเครียดของทางนี้ลงแม่โขง ถ้าได้เปิกนิตหนึ่งแล้วอารมณ์ดีขึ้น” (บุคคลทั่วไป อายุ 53 ปี)

2.3.3 การออกกำลังกาย บางคนใช้การออกกำลังกายซึ่งมีทั้งการเดิน การปั่นจักรยาน การรำไม้พลอง แต่ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สะท้อนว่าผู้หญิงจะได้รับการปลูกฝังให้มีความรับผิดชอบต่อครอบครัว การเป็นแม่บ้านที่ดี ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการออกกำลังกาย และจะแตกต่างจากผู้ชายที่ไม่ต้องรับผิดชอบในเรื่องเหล่านี้ สะท้อนจากคำพูดเหล่านี้

“ผู้หญิงที่มีครอบครัวแล้วกลับไปบ้านปุ๊บเขายังทำกับข้าวห่ออะไรกับข้าวกับน้ำดูแลบ้าน แต่ผู้ชายไม่ผู้ชายเขาก็จะแบบได้ไปออกกำลังกาย ถ้าไม่ได้ออกอยู่ที่ไปออกกรรมกับคนอื่นเขาก็จะออกอยู่ที่บ้านอาจจะขี่จักรยาน อาจจะเดิน อาจจะอะไรอย่างนี้เป็นนะ แล้วเขาก็จะทำสม่ำเสมอด้วยคุณก็จะยุ่งอะไรก็ช่างแต่ฉันก็จะไปทำอันนี้ก่อนแล้วค่อยมาทำให้เพราะเขาจะวางไว้อ่อน แต่

ผู้หญิงไม่ใช่ พี่ว่านิสัยคือปลูกฝังมาไม่เหมือนกัน”
(กลุ่มเสี่ยง อายุ 57 ปี)

“ผู้หญิงไม่มีเวลายังมีครอบครัวนี้ไม่มีเวลาส่วนตัว
เพราะว่าเวลาทั้งหมดจะทุ่มให้คนในครอบครัวตัวเอง
หมด” (กลุ่มเสี่ยง อายุ 45 ปี)

2.3.4 การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การ
ตรวจสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักรับรู้ว่าโรคหลอดเลือด
หัวใจสามารถป้องกันได้โดยการควบคุมความดันโลหิต
ให้อยู่ในเกณฑ์ การตรวจสุขภาพ และเฝ้าระวังโรคหัวใจ
ด้วยตัวเอง

การอภิปรายผล แยกเป็นสองประเด็นหลัก คือ

1. มุมมองเชิงเพศภาวะ ความคาดหวังของ
สังคมและค่านิยมของผู้หญิงอีสาน การศึกษานี้ล้วนชี้ชัด
ว่าผู้หญิงอีสานตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันจะได้รับการ
อบรมสั่งสอนและถูกปลูกฝังให้เป็นแม่บ้านแม่เรือนตาม
ค่านิยมของสังคมให้มีความรับผิดชอบในครอบครัว และ
ถูกคาดหวังให้เป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพของคนทุก
คนในบ้านในฐานะบทบาทของแม่ เมียและลูกสาวที่ดี
สอดคล้องกับการศึกษาของรติอร พรกฤษ และคณะ⁸ ที่
พบว่าบุตรสาวในวัฒนธรรมอีสานรับรู้และมีบทบาทใน
การดูแลบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยให้ความ
หมายว่าเป็นการทำหน้าที่และเป็นภารกิจที่บุตรสาว
ควรกระทำ แม้ว่าการกระทำบทบาทดังกล่าวจะมีผล
กระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจและก่อให้เกิด
ความเครียดแก่ผู้หญิง และจากการสำรวจชั่วโมง
การทำงานของหญิงและชาย พบว่าผู้หญิงในภาคอีสาน
ใช้เวลาในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครัวเรือนสูงสุด
สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ วันละ 3.6 ชั่วโมง ผู้ชาย 2.3
ชั่วโมง (ค่าเฉลี่ยของประเทศ ผู้หญิง 3.3 ชั่วโมง ผู้ชาย
2.0 ชั่วโมง)⁹ ซึ่งล้วนตอกย้ำการทำหน้าที่บทบาทของ
ผู้หญิงอีสาน แม้ปัจจุบันผู้หญิงจะออกมาทำงานนอกบ้าน
มากขึ้นแต่ก็ยังต้องมีความรับผิดชอบในครอบครัว
เป็นหลัก ส่งผลให้ผู้หญิงมีความรับผิดชอบเป็นสองเท่า
ก่อให้เกิดความเครียดและขาดการดูแลสุขภาพของตัวเอง
ผู้หญิงเอง เนื่องจากสังคมอีสานจะยกย่องผู้หญิงที่
ปฏิบัติตามเรือน 3 น้ำ 4 ได้แก่ เรือนนอน เรือนครัว และ
เรือนกาย ส่วนน้ำ 4 คือ น้ำกิน น้ำใจ น้ำคำ น้ำมือ¹⁰ ความ

คาดหวังของสังคมและค่านิยมเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อ
รูปแบบการดำเนินชีวิต การรับรู้ และภาวะสุขภาพของ
ผู้หญิงอีสาน

2. มุมมองต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้หญิงอีสาน มี
3 ประเด็น ดังนี้

2.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ
โดยผู้หญิงอีสานให้ความหมาย 3 นัย คือเป็นโรคที่
อันตราย ร้ายแรง เป็นความยากลำบาก ทรมานในการ
รักษา และเป็นภาระของคนอื่น ซึ่งเป็นการรับรู้ที่เน้นถึง
ผลจากความผิดปกติทางด้านชีวการแพทย์ เป็นหลัก
และผลกระทบของโรคที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม
ที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งเป็นการให้ความหมายต่อโรคตาม
ประสบการณ์ของผู้หญิงอีสานจะแตกต่างกันตาม
ประสบการณ์ของแต่ละคนเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเคย
ประสบกับเหตุการณ์ในครอบครัว ญาติพี่น้องที่เป็น
โรคหัวใจทำให้มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคได้ต่างกัน
โดยบุคคลจะใช้ความคิดและประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็น
ตัวตัดสินการเจ็บป่วยของตน ความหมายของความเจ็บ
ป่วยในความคิดเห็นของผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการรับรู้
การตอบสนองต่อการรับรู้ การใช้ความคิดและการตีค่า
ต่อการเป็นโรคหรือการเจ็บป่วยต่างๆ¹² แต่จะแตกต่าง
จากการศึกษาของสุรพล วีระศิริ และคณะ¹³ ที่ศึกษา
การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจอ่อนในจังหวัดขอนแก่น
ซึ่งจะมีทั้งการรับรู้ด้านชีวการแพทย์ที่เกิดจากความ
ผิดปกติของหัวใจโดยตรงและมีสาเหตุจากความไม่
สบายทางจิตใจ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ให้ข้อมูลของการศึกษา
ดังกล่าวเป็นผู้ที่มาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนก
จิตเวชที่รับรู้ว่ามีภาวะหัวใจอ่อน และมีความเครียด

2.2. การรับรู้สาเหตุและโอกาสเสี่ยงต่อการ
เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรับรู้ถึงสาเหตุของโรค
หลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีทั้งสาเหตุที่เกิดจากด้านชีวการ
แพทย์ และด้านสังคมวัฒนธรรม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่
จะรับรู้สาเหตุด้านชีวการแพทย์เป็นหลักได้แก่ ความดัน
โลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เครียด น้ำหนัก
ตัวเกิน และมีคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องเจ็บป่วย
ด้วยโรคหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Engoren¹⁴

ที่พบว่าผู้หญิงจะรับรู้โรคหัวใจเป็นโรคของผู้ชายที่อ่อนมีความเครียด และสับสน

ส่วนการรับรู้สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับด้านเพศภาวะ (gender) ได้แก่การทำหน้าที่บทบาททางสังคมของผู้หญิง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะรับรู้ถึงการทำหน้าที่บทบาทของผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งในด้านการดูแลคนเจ็บป่วย การทำอาหาร และการทำหน้าที่บทบาทด้านเศรษฐกิจของผู้หญิงในปัจจุบันที่ต้องรับผิดชอบงานทั้งในบ้านและงานนอกบ้านซึ่งส่งผลให้ผู้หญิงเกิดความเครียดได้สูง โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งกลุ่มที่มีความเสี่ยงและบุคคลทั่วไปต่างก็รับรู้ตรงกันว่าความเครียดเป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งผู้ที่รับรู้ว่ามีและไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่จะรับรู้ตัวเองมีความเสี่ยงเนื่องจากมีความผิดปกติของหัวใจ มีอาการใจสั่น ความดันโลหิตสูง มีคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ น้ำหนักตัวเกิน การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และผู้สูงอายุ ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่อายุน้อย และผู้ที่ยังไม่มีอาการของโรคหัวใจจะรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะในกลุ่มที่สับสนจะไม่รับรู้โอกาสเสี่ยงเนื่องจากยังไม่มีอาการของโรคหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการศึกษานี้เกี่ยวข้องกับลักษณะทางด้านชีวการแพทย์เป็นหลัก

ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่บทบาทต่างๆของผู้หญิง ได้แก่การทำหน้าที่บทบาทของผู้ดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่สังคมคาดหวังแต่การกระทำบทบาทดังกล่าวล้วนมีผลต่อพฤติกรรม และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้หญิงได้ รวมทั้งการทำหน้าที่บทบาทในเรื่องการทำอาหาร การดูแลเด็ก ล้วนเป็นข้อจำกัดในการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lefler¹⁵ ที่พบว่าบทบาทหญิงชายและค่านิยมในสังคม จะมีผลต่อการรับรู้โรคหัวใจในผู้หญิง ผู้หญิงจะรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจต่ำเนื่องจากหน้าที่บทบาทและความรับผิดชอบของผู้หญิงส่วนใหญ่จะรับผิดชอบงานในครอบครัวก่อนเรื่องสุขภาพของตนเอง และดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวมาก่อน ซึ่งผู้หญิงในแต่ละสังคมได้รับการปลูกฝังอบรม สั่งสอน มาช้านาน

2.3 การป้องกันโรคหัวใจในผู้หญิงอีสาน มีทั้งวิธีการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้หญิง ได้แก่การผ่อนคลายความเครียดโดยการพูดคุยกับเพื่อนๆ การร้องเพลง เต้นรำ ทำอาหาร เป็นต้น ซึ่งวิธีการเหล่านี้ล้วนสะท้อนความเป็นผู้หญิงในเรื่องบทบาทของผู้ทำอาหาร และยังสะท้อนถึงพื้นที่ของผู้หญิงที่ส่วนใหญ่จะอยู่ในครอบครัวเป็นหลักซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนตัว ส่วนวิธีการป้องกันที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้หญิงได้แก่การออกกำลังกาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงที่เป็นแม่ค้าตลาดสด ซึ่งเป็นการทำหน้าที่บทบาทของผู้หญิงทางด้านเศรษฐกิจ เพื่อสร้างรายได้ให้ครอบครัว วิถีชีวิตส่วนใหญ่จะนั่งค้าขายอยู่ในตลาด ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย จึงเป็นข้อจำกัดในการส่งเสริมสุขภาพในผู้หญิง รวมทั้งผู้หญิงที่ทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้านโดยเฉพาะผู้ที่ทำงานที่มีความเครียดสูงทำให้ร่างกายเหนื่อยอ่อนเพลีย จึงต้องการการพักผ่อน และการรับประทานอาหารที่ชอบมากกว่าการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสับสนหรือเป็นการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งบุคลากรสุขภาพควรให้คำแนะนำ และพัฒนาวิธีการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ถูกต้องเหมาะสมในผู้หญิงอีสาน

สรุป

แยกเป็นสองประเด็นหลักคือมุมมองเชิงเพศภาวะและมุมมองต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยความเป็นผู้หญิงตามบทบาทที่กำหนดในสังคมอีสานทำให้ผู้หญิงดูแลสุขภาพตัวเองไม่มากพอ ทั้งๆ ที่ผู้หญิงรับรู้โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่อันตราย ร้ายแรงถึงชีวิตและทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งต่อตัวเองและครอบครัว จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรสุขภาพต้องเข้าใจความคิด การรับรู้ และปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อความคิด และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้หญิงอีสาน โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับหน้าที่บทบาทหญิงชายและค่านิยมในสังคม เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับหน้าที่บทบาทและวิถีชีวิตของผู้หญิงอีสาน จึงควรมีการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเรื่องเพศภาวะกับการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในสังคมไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าในครั้งนี้ ขอขอบคุณศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวรรณกุล ที่ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในการดำเนินงาน รวมทั้งการเขียนบทความขอขอบคุณ พยาบาลวิชาชีพในศูนย์การแพทย์ในชุมชนปทุมวิทยากรและชุมชนวัดใต้ ที่ช่วยในการติดต่อประสานงานต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Lefler LL, Bondy KN. Women's Delay in Seeking Treatment With Myocardial Infarction. *J Cardiovas Nurs* 2004; 19 (4);251-68.
2. King KB., McGuire MA. Symptom presentation and time to seek care in women and men with AMI. *Heart Lung* 2007; 36: 235-43.
3. World Health Organization. Gender sensitivity and Gender based analysis in women's health development : Historical outlines and case studies of best practice. [serial online] 2003 [cited 2007 Sep 2]. Available from : URL:http://whqlibdoc.who.int/HQ/2003/WHO_WKC_Tech.Ser_
4. O'Donnell S., Condell S., Begley C, Fitzgerald T. Pre-hospital care pathway delay: gender and myocardial infarction. *J Adv Nurs* 2006; 53; 268-76.
5. Kaur R., Lopez V., Thompson DR. Factors Influencing Hong Kong Chinese Patients' Decision-Making in Seeking Early Treatment for Acute Myocardial Infarction. *Res Nurs Health* 2006; 29;636-46.
6. Al-Hassan M, Omran SM. The effects of health beliefs on health care-seeking decisions of Jordanian patients with myocardial infarction symptoms. *Int Nurse Pract* 2005 (1); 11:13-20.
7. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. [serial online] [cited 2008 Feb 2]. Available from <http://www.moph.go.th>
8. รติอร พรภุณา, ดารุณี จงอุดมการณ์, สุขุมล ธินาเศรษฐ์อังกูล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. บทบาทและการรับรู้ทางวัฒนธรรมของบุตรสาวในการดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในสังคมอีสาน: กรณีศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2546 ;26(3) : 21-9
9. สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. (2551). รายงานสถิติจำแนกเพศของ ประเทศไทย ปี 2551. ค้นเมื่อ 30 กรกฎาคม 2552 จาก <http://www.undp.or.th>
10. อติศักดิ์ โสมอินทร์. โลกทัศน์อีสาน. พิมพ์ครั้งที่ 2 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม; 2537.
11. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. London: University of California. 1980
12. สัณยพิชา ศรีภริมย์, ขวนพิศ ทำนอง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ* 2552; 32(1): 25-35
13. สุรพล วีระศิริ, จินตนา สิงขรอาจ, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, สมจิตร ห่องบุตรศรี, ถาวร ถาวงศ์, กฤตยา แสงเจริญ และนิรมล พัจจนสุนทร. การศึกษา “ภาวะหัวใจอ่อน” ที่รับรู้โดยผู้ป่วยในจังหวัดขอนแก่น: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2549; 51(2): 48-59.
14. Engoren CA. Black, Hispanic, and White Women's Perception of Heart Disease . *Prog Cardiovas Nurs* 2007; 13-9.
15. Lefler LL. Perceived Risk of Heart Attack : A Function of Gender? *Nurs Forum* 2004; 39(2) : 18-26.