

# อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสาน ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สุเพียร โภคทิพย์\* ศิริพร จิรวัดน์กุล\*\*

---

## บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 27 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2553-กุมภาพันธ์ 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ได้ข้อค้นพบ 3 ประเด็น คือ 1) ไม่นึกว่าเป็นโรคหัวใจ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจ 2) ครอบครัวต้องมาก่อน ผู้หญิงอีสานให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นหลัก ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และ 3) ผู้หญิงคือผู้พึ่งพิง ผู้ให้ข้อมูลต้องพึ่งพาคนอื่นในการแสวงหาการรักษา นอกจากนั้นอาการแสดงที่พบก็แตกต่างจากอาการที่ใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัย รวมทั้งการดำรงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลและพึ่งพิงทำให้ผู้หญิงให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นสำคัญ ขาดโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง จึงควรมีการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อน เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้หญิง เพื่อให้ผู้หญิงได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ** การรับรู้ กล้ามเนื้อหัวใจตาย เพศภาวะ

---

\* นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

\*\* ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในอดีต เชื่อกันว่าเป็นโรคของผู้ชาย<sup>(1)</sup> องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้นี้จึงได้จากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก โดยมีผู้หญิงอยู่ในการศึกษาเพียงร้อยละ 15-30<sup>(2)</sup> ทำให้แนวทางการดูแลรักษาส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาในผู้ชาย อย่างไรก็ตาม การทบทวนงานวิจัยต่างๆ พบความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและผู้ชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในหลายด้าน เช่น ผู้หญิงจะมีความตระหนักรู้และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ<sup>(3,4)</sup> ผู้หญิงจะมีอาการที่ไม่ชัดเจนเหมือนผู้ชาย<sup>(5-8)</sup> ทำให้แสวงหาการรักษาล่าช้า มีความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยรักษาสูง<sup>(9)</sup> ทำให้ผู้หญิงได้รับการรักษาน้อยกว่าผู้ชายอย่างชัดเจน<sup>(10)</sup> ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงสูงขึ้น สาเหตุความแตกต่างดังกล่าวเนื่องมาจากความแตกต่างกันทั้งในด้านเพศ (sex) และเพศภาวะ (gender) โดยที่ความแตกต่างทางเพศเป็นความแตกต่างทางด้านชีววิทยาระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ส่วนเพศภาวะหมายถึงเพศที่ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม (social construction) ให้แสดงถึงบทบาทความเป็นหญิงและความเป็นชาย เพศภาวะจึงเป็นตัวกำหนดคุณลักษณะและกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับแต่ละเพศในแต่ละสังคม ทำให้หญิงชายมีหน้าที่ บทบาท รูปแบบการดำเนินชีวิต อำนาจการตัดสินใจ โอกาส การเข้าถึงและการใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค

และความต้องการการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน<sup>(10)</sup>

การรับรู้อาการและให้ความหมายของอาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพราะมีผลต่อการแสดงออก การตอบสนองต่ออาการ และการตัดสินใจแสวงหาการรักษา การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่าผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมาโรงพยาบาลล่าช้ากว่าชาย เช่น ในอเมริกาผู้หญิงใช้เวลามาถึงโรงพยาบาลหลังจากเริ่มมีอาการประมาณ 14 ชั่วโมง ขณะที่ผู้ชายมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.8 ชั่วโมง ชาวจีนในฮ่องกงใช้เวลาเฉลี่ยสำหรับผู้หญิง 53.7 ชั่วโมง ส่วนผู้ชายเป็น 15.6 ชั่วโมง<sup>(11)</sup> นอกจากนั้นผู้หญิงในจอร์แดนจะมาโรงพยาบาลล่าช้าเนื่องจากต้องดูแลเด็กและรับผิดชอบในครัวเรือน<sup>(12)</sup>

มีรายงานการศึกษาในประเทศไทยพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลสูงเป็น 2 เท่าของคนตะวันตก (ร้อยละ 16.2 และ 7) และอัตราการเสียชีวิตในผู้หญิงสูงกว่าผู้ชาย ร้อยละ 12.7 และร้อยละ 10.3 ตามลำดับ<sup>(13)</sup> จากรายงานการสำรวจสุขภาพของคนอีสาน 2551 โดยการสำรวจประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19 จังหวัด พบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มการเป็นโรคหัวใจมากขึ้น และผู้สูงอายุผู้หญิงจะอาศัยอยู่คนเดียวมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 8.9 ร้อยละ 6.1)<sup>(14)</sup> ขณะที่การศึกษานำร่องในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีแนวโน้มของการมาโรงพยาบาลล่าช้า แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงลึกด้านวิถีชีวิตที่จะอธิบายความ

แตกต่างกันี้ จึงมีคำถามว่าแนวคิดเชิงเพศภาวะจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์นี้ได้อย่างไร วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ก็เพื่ออธิบายการรับรู้เกี่ยวกับอาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยใช้มุมมองเพศภาวะ (gender perspective)

### วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological study) เนื่องจากทำให้เข้าใจผู้ให้ข้อมูลได้อย่างลึกซึ้งถึงความรู้สึก นึกคิด ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างแท้จริง<sup>(15)</sup> ทำการศึกษาในเขตจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากมีศูนย์โรคหัวใจที่มีผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมารับการรักษา และผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้โดยสะดวก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งชนิดที่มีคลื่นไฟฟ้าเอสทียกสูง (ST

Elevation Myocardial Infarction: STEMI) และชนิดที่คลื่นเอสทีไม่ยกสูง (Non ST Elevation Myocardial Infarction: NSTEMI) เลือกเฉพาะเจาะจงในกลุ่มผู้หญิงที่กำลังรักษาในห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด (coronary care unit: CCU) หรือเคยรักษาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ร่วมกับการสุ่มเชิงทฤษฎีเพื่อให้มีความหลากหลายทั้งด้านคลินิกและด้านประชากร การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลมี 3 ช่องทางดังนี้ 1) ผู้ป่วยหญิงที่กำลังรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก โดยพยาบาลประจำตึกจะแจ้งผู้วิจัยทราบเมื่อมีผู้ป่วยหญิงที่เข้าได้กับเกณฑ์เพื่อขออนุญาตในการศึกษา สร้างสัมพันธภาพ และนัดหมายการสัมภาษณ์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจตามนัด โดยผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ และ 3) ผู้หญิงที่อาศัยในชุมชนโดยประสานงานกับศูนย์แพทย์ในชุมชน ซึ่งมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 27 คน มีคุณลักษณะทางประชากร ดังตารางที่ 1

## อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสาน

ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สุเพียร โภคทิพย์ ศิริพร จีรวัดน์กุล

### การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย

1. การสัมภาษณ์เจาะลึก (in-depth interview) ในกลุ่มผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล และ/หรือผู้ป่วยที่มารับตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ โดยใช้แนวคำถามที่มุ่งเน้นความคิด ความรู้สึก และการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ในประเด็นวิถีชีวิต บทบาทในครอบครัว ชุมชน และประสบการณ์การเกิดโรค อาการและการตอบสนองต่ออาการ และได้ข้อมูลที่อิมตัวเมื่อมีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 20 คน

2. การสนทนากลุ่ม (focus group) ผู้

หญิงจำนวน 7 คน ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อาศัยอยู่ในชุมชน ทั้งชุมชนเมือง กึ่งเมือง และชุมชนชนบท ในประเด็นวิถีชีวิต ความสุข ความทุกข์ เพื่อให้เข้าใจรูปแบบวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน

3. การสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วมและบันทึกภาคสนามเกี่ยวกับลักษณะชุมชน เพื่อประกอบการทำความเข้าใจวิถีชีวิต

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่มถูกบันทึกในเทปเสียงและถอดเทป

### ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูล (ผู้หญิง 27 คน)

	ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล
อายุ	38-80 ปี อายุเฉลี่ย 57.9 ปี
สถานภาพสมรส	คู่ 20 คน โสด 1 คน หม้าย 6 คน
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ 3 คน ประถมศึกษา 18 คน มัธยมศึกษา 3 คน ปริญญาตรี 3 คน
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ 9 คน ทำนา/ทำไร่ 8 คน ค้าขาย 5 คน รับราชการ 1 คน ข้าราชการบำนาญ 1 คน รับจ้าง 2 คน ครูโรงเรียนเอกชน 1 คน
ที่อยู่	ในเขตเมือง 13 คน นอกเขตเมือง 14 คน ระยะทางห่างจากโรงพยาบาล 200 เมตร - 80 กิโลเมตร
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	อาศัยอยู่คนเดียว 3 คน
การวินิจฉัยโรค	STEMI 18 คน NSTEMI 9 คน
จำนวนครั้งของการเป็น MI	เป็นครั้งแรก 23 คน เป็นครั้งที่ 2 จำนวน 4 คน

เสียงชนิดคำต่อคำ (verbatim transcriptions) นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยใช้วิธีของโคไลซี่(16) ดังตัวอย่างในตารางที่ 2 ทั้งนี้ในด้านวิถีชีวิตเน้นมุมมองเพศภาวะ คือ บทบาทหน้าที่หญิงชาย (gender role) บรรทัดฐานเชิง

เพศภาวะ (gender norm) การแบ่งงานหญิงชาย (gender based division of labor) การเข้าถึงและควบคุมการใช้ทรัพยากร (access to and control over) และอำนาจและการตัดสินใจ (power and decision making)

ตารางที่ 2 แสดงตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลคำพูด	ดัชนี (index)	ประเภท (category)	ประเด็น (theme)
1. หมอบอกสงสัยเป็นหัวใจขาดเลือด ต้องส่งไปรักษาต่อด่วน ก็ไม่ยอมไปเท่าไร เพราะลูกยังไม่ถึง ก็ขอหมอว่ารอให้ลูกมาถึงก่อนได้มั้ย เป็นห่วงลูก	ลูกต้องมาก่อน	บทบาทของแม่ที่ดี	
2. ตอนหนูออกจากโรงพยาบาลใหม่ๆ ญาติเขา (สามี) ไม่สบายโทรมาให้ไปรับ และพาไปตรวจ สามีก็ยังทำงานอยู่ ก็เกรงใจเขาเลยขับรถไปเอง หนูขับรถมือเดียวเพราะอีกข้างเพิ่งออกจากโรงพยาบาล สวนหัวใจใส่บอลลูกน จึงขับรถมือเดียวจากยโสธรมาอุบล ก็กลัวเหมือนกันแต่ไม่รู้จะทำอย่างไร	ญาติสามีต้องมาก่อน	บทบาทลูกสะใภ้	ครอบครัวต้องมาก่อน

## อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสาน

### ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สุเพียร โภคทิพย์ ศิริพร จิรวัดมนกุล

ความเข้มงวด (rigor) และความเชื่อถือได้ (credibility) ของการวิจัย ใช้กระบวนการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้งด้านข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ตีความได้ไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและด้านทฤษฎี

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (HE522321) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (001/2553) ก่อนทำการศึกษา

### ผลการศึกษา

ข้อค้นพบที่สำคัญมี 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ไม่นึกว่าเป็นโรคหัวใจ 2) ครอบครัวต้องมาก่อน และ 3) ผู้หญิงคือผู้ฟังฟัง รายละเอียดในแต่ละประเด็นเป็นดังนี้

**1. ไม่นึกว่าเป็นโรคหัวใจ** ผู้ให้ข้อมูลหลักมีประสบการณ์ของอาการที่หลากหลาย ทั้งอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อแตก และอาการหายใจหอบ (สาว) เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม อ่อนล้า ปวดไหล่ ปวดหลัง ปวดแสบ/จุกแน่นที่ลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งการบรรยายถึงอาการที่เกิดขึ้นได้ลำบาก สะท้อนจากตัวอย่างคำพูดเหล่านี้

“มันก็ไม่รู้ว่าเป็นอะไร ก็มีแต่ว่าเป็นกล้ามเนื้อ มันตึงอยู่ที่นี่ ก็เลยไปหาแต่หมอกกล้ามเนื้อ” (กุลลาบ 65 ปี, STEMI)

“เหนื่อย จุกแสบท้อง คิดว่าเป็นกระเพาะ เพราะตัวเองกินข้าวไม่เป็นเวลา ไปหาหมอบอกเครียดให้ยามากินก็ไม่ดีขึ้น” (บัว 38 ปี, STEMI)

ผู้ให้ข้อมูลมักไม่รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจ ส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยเฉพาะอาการที่เรียกว่าเอ็นเข้าเก็องหรือเอ็นเข้าเป็อง หรือภาวะสะบักจม (scapula-costal pain) บางคนคิดว่าเป็นไตวายเฉียบพลันเหมือนลูกชายที่เสียชีวิตด้วยโรคไตวายเฉียบพลัน บางคนคิดว่าเป็นอาการเกิดจากผีเข้า การทำผิดเจ้าที่ ศาลปู่ตา ซึ่งแก้ไขโดยการทำพิธีทางไสยศาสตร์หรือขอขมา มีเพียงผู้ให้ข้อมูลวิชาชีพรู 2 คนที่คิดว่าตัวเองมีโอกาสเป็นโรคหัวใจ เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ตรงในการดูแลญาติที่เป็นโรคหัวใจ

“เหนื่อย เหงื่อแตก นึกว่าเบาหวานขึ้น” (พิกุล 46 ปี, STEMI)

“นึกว่าเอ็นเข้าเก็อง นวดคั่นกันอยู่เป็นชั่วโมงสองชั่วโมง มีแต่เจ็บแน่นเข้า พอไปโรงพยาบาลหมोजึงบอกว่าหัวใจขาดเลือดชั่วโมงหนึ่งแล้วทำไมป่าจึงมาช้า” (ชบา 51 ปี, NSTEMI)

“ไม่สุขสบาย มันรู้สึกร้อน คลื่นไส้ อาเจียน อาเจียนออกแล้วดีขึ้น เลยคิดว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารไปหาหมอบอกว่ากระเพาะขึ้น รักษาอยู่ 2 เดือน” (เบญจมาศ 53 ปี, STEMI)

“เจ็บแสบในท้องเหมือนลมตีขึ้น อาเจียน ออกเป็นฟองแพ็บ นึกว่าเป็นไตวายเหมือนลูกชาย”

(จำปา 45 ปี, STEMI)

“แน่นอนๆ เลย หน้าอกมันจะเจ็บเหมือนมีคนมานั่งทับนะ หายใจไม่ได้ เหมือนกินข้าวแล้วจุกแน่นท้อง” (ขาปา 51ปี, NSTEMI)

“เหนื่อยแล้วก็สำว (หายใจหอบ)” (อัญชัน 78 ปี, NSTEMI)

“คิดว่าผีเข้าเจ้าสุญ มันแน่นหายใจไม่ออก แล้วก็มือสั่นนี่เหมือนกบถูกเกลื่อนั่น” (ดอกแก้ว 51 ปี, NSTEMI)

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะมีอาการร่วมที่นำมาสู่การรักษาที่คล้ายๆ กัน คือ มีอาการเหงื่อออกมากกว่าปกติ ซึ่งเรียกตรงกันว่า “ไคค้ำแตก” หรือ “ยางตายออก” และรู้สึกร้อนตามร่างกายจนแทบไม่สามารถทนได้ สะท้อนจากคำกล่าวเหล่านี้

“เหงื่อไคค้ำ ยางตายออก เลือดผ้าแก๊ททั้งหมด” (ลีลาวดี 59 ปี, STEMI)

“มันเป็นเหงื่อแตกออกมา มันไม่ใช่เหงื่อธรรมดา มันเป็นไคค้ำคนจะตายนั่นแหละ” (พิกุล 46 ปี, STEMI)

“มันใจจะขาด มันรู้สึกร้อนเหมือนจะสวอยไป” (เบญจมาศ 53 ปี, STEMI)

**2. ครอบครัวยุติธรรมมาก่อน** ผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ร่วมในการให้ข้อมูลครั้งนี้สะท้อนว่า ค่านิยมในสังคมอีสานส่วนใหญ่จะปลูกฝังให้ผู้หญิงเป็นผู้ตามที่ดี โดยการเป็นแม่บ้าน และให้ความสำคัญกับครอบครัวเป็นหลัก ผู้หญิงจึงต้องแสดงบทบาทตามที่สังคมคาดหวัง โดย

การทำงานทั้งในบ้าน ดูแลความเรียบร้อยของครอบครัวทุกอย่าง และการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยถึงแม้ปัจจุบันผู้หญิงต้องออกมาทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้สู่ครอบครัวด้วย แต่ผู้หญิงก็ยังให้ความสำคัญกับเรื่องในครอบครัวเป็นสำคัญ ดังคำกล่าวเหล่านี้ ทำให้ผู้หญิงต้องแบกรับภาระมากจนเป็นข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพและขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งๆ ที่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง

“หมอนัดให้ไปฉีดยา เมื่อวันนั้นน้องก็มาตาย และครอบครัวทำบุญร้อยวันให้พ่อ (สามี) แม่ตอง (แม่ของลูกชาย) ก็มาตาย เลยขอหมอเลื่อนไปก่อน เวลานั้นเจ็บมากก็ทำใจยาวๆ ไว้” (การะเกด 64 ปี, STEMI)

“ไม่ได้คิดว่าเป็นหัวใจไม่ได้คิดตรงนั้น ทนทำงานต่อ เจ็บก็ช่าง โอ๊ยเจ็บๆ เจ็บก็ช่างหัวมันกูต้องทำงานๆ” (ราตรี 62 ปี, STEMI)

“หมอบอกสงสัยเป็นหัวใจขาดเลือดต้องส่งไปรักษาต่อด่วน ก็ไม่อยากไปเท่าไรเพราะลูกยังมาไม่ถึง ก็ขอหมอว่ารอให้ลูกมาถึงก่อนได้ม๊อเป็นห่วงลูก” (บานไม่รู้โรย 43 ปี, STEMI)

“เหมือนจะเป็นลม เอ๊ะ เราเป็นอะไรน้อก็เลยจะดำนานาให้หมดกล้ำก่อน จึงอดทนดำนานาต่อแต่อดทนไม่ไหว มันแน่นเข้าจะตาย” (พิกุล 46 ปี, STEMI)

“ปิดกวาดถูบ้าน ทำกับข้าว ดูแลแม่ป่วยเป็นอัมพาต ทำทุกสิ่งทุกอย่างเปลี่ยนผ้าแพมเพิส ต้มข้าวต้มน้ำ บ้อนข้าวบ้อนน้ำ ทั้งไปทำนาและ

ต้องกลับมาดูแลแม่ ทำอาหารเปลี่ยนผ้าตลอด 4 เดือนเลยเกิดความเครียด” (ดาวเรือง 55 ปี, STEMI)

**3. ผู้หญิงคือผู้พึ่งพิง** ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นจะหายไปเอง และไม่ได้แสวงหาการช่วยเหลือโดยทันที แต่จะดูแลแก้ไขอาการที่เกิดขึ้นตามความเชื่อก่อน โดยการนั่งพักให้คนอื่นนวดบริเวณที่เจ็บปวด การดื่มน้ำอุ่น ดื่มน้ำสมุนไพร หรือการอาบน้ำ เปิดเครื่องปรับอากาศหรือเปิดพัดลมเพื่อดับความร้อน บางคนจะแสวงหาข้อมูลคำแนะนำจากเพื่อนๆ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะอดทนและรอให้การทำงานต่างๆ ที่รับผิดชอบเสร็จก่อนถึงแม้จะมีอาการเจ็บป่วย เมื่อเกิดอาการรุนแรงมากขึ้นจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล เนื่องจากได้รับการอบรมสั่งสอนให้มีความอดทนและเกรงใจ ดังคำกล่าวเหล่านี้

“ส่วนมากคนแก่จะสอนให้เรอดทน รอดูก่อน ถ้าอาการไม่ไหวจึงไปโรงพยาบาล สมมุติถ้าไม่สบายนี้ เดี่ยวรอดูก่อน มันยังไม่เป็นอะไรหรอก ถ้าเป็นหนักๆ ไม่ไหวจึงบอกให้ไปหาหมอ” (มะลิ 49 ปี, STEMI)

“ถ้ามันเป็นหนักเราค่อยตัดสินใจไปอาการไม่หนักเราก็รอดูก่อนมันจะเป็นยังไง รอดูก่อน ถ้าไปจะเป็นการรบกวนหมอ กลัวหมอมว่าโวยเป็นแค่นี้ก็มา กลัวหมอมว่าให้” (กล้วยไม้ 63 ปี, NSTEMI)

“ก็เจ็บด้านหลังนั้นนะค่ะ เจ็บแบบไม่เคยเป็นมาก่อน คิดว่าจะหายเอง ก็บอกแฟนอยู่ว่า

เจ็บด้านหลังนะ ก็บอกให้ตาเหยียบและบีบให้” (ผกากรอง 64 ปี, STEMI)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะพึ่งพาคนอื่นในการเดินทางมาโรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถขับรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ได้เอง และขาดความรู้ในเรื่องของการเดินทางต่างๆ จึงต้องพึ่งพาสามี ลูก หลาน เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่สูงอายุ ยากจน อาศัยอยู่คนเดียว และผู้ที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นทุรกันดารที่ห่างไกล

“สามีไม่ค่อยพาไปไหน อยู่แต่ไร่นา ไม่เคยไปไหนมาไหนเอง มีแต่สามีพาไป พอสามีตายเลยไปไหนเองไม่ถูก” (บานชื่น 59 ปี, STEMI)

“หลังอาเจียนออก ถึงคลานออกมากดโทรศัพท์เรียกหลานให้มาช่วยพาไปโรงพยาบาล” (กระดังงา 72 ปี, NSTEMI)

การเดินทางมาโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่จะใช้รถจักรยานยนต์ รถยนต์ส่วนตัว รถเหมาหรือรถรับจ้างในหมู่บ้าน การเรียกใช้รถบริการฉุกเฉินของโรงพยาบาลยังมีน้อย ซึ่งมีเพียงผู้ให้ข้อมูล 4 คน (ร้อยละ 14.8) เท่านั้นที่เรียกรถฉุกเฉิน เนื่องจากส่วนใหญ่คิดว่าอาการไม่หนักจึงไม่เรียกใช้บริการ หรือไม่รู้ว่ามีการรถฉุกเฉิน และอาศัยอยู่ในท้องถิ่นที่ห่างไกล

นอกจากนั้นบทบาทของการเป็นผู้ดูแลและต้องพึ่งพิงผู้อื่นก็ทำให้โอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้หญิงเหล่านี้ลดน้อยลงไปด้วย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ขาดความสนใจข้อมูล

ที่จำเป็น และขาดความตระหนักต่อการเกิดโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลให้มีความรู้และความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคหัวใจ ดังเช่นคำบอกเล่าถึงชีวิตประจำเหล่านี้

“จะติดละครมากกว่า ไม่ค่อยดูข่าวหรือสารคดีที่มีประโยชน์เท่าไร” (บ๊ว 38 ปี, STEMI)

“ลูกสาวเปิดซีดีดูแต่หนังตลอด ก็เลยต้องดูกับลูกสาว บางครั้งจนได้ทะเลาะกับพ่อ (สามี) พ่อจะดูข่าว จึงไม่ค่อยรู้เรื่องโรคหัวใจ รู้แต่เบาหวาน” (ชบา 51 ปี, NSTEMI)

## วิจารณ์

จากข้อค้นพบดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะมีการรับรู้และให้ความหมายของอาการเหล่านี้แตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของแต่ละคน อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่จะไม่รับรู้ว่าเป็นอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคหัวใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการที่ตำแหน่งอื่นๆ เช่น ปวดที่หลัง ไหล่ หรืออาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น ซึ่งอาการที่ไม่ชัดเจน (atypical symptoms) เหล่านี้ก็เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้หญิง<sup>(5-8)</sup> อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงถึงการรับรู้อาการที่คลาดเคลื่อน ส่งผลถึงการขาดความตระหนักในการมาโรงพยาบาลที่รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Lockyer<sup>(17)</sup>

นอกจากนั้น อาการที่ไม่ชัดเจนดังกล่าวยังทำให้มีโอกาสได้รับการวินิจฉัยที่คลาดเคลื่อน เนื่องจากอาการไม่เหมือนกับเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งปัจจุบันประกอบด้วย 2

ใน 3 ข้อ<sup>(18)</sup> คือ 1) อาการทางคลินิก 2) มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ 3) ผลการตรวจหาระดับเอนไซม์ของหัวใจ และเกณฑ์ดังกล่าวยังให้ความสำคัญกับอาการทางคลินิกเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเจ็บหน้าอกแบบ angina pectoris ในขณะพัก  $\geq 20$  นาที ซึ่งมีลักษณะของการเจ็บที่เฉพาะ ได้แก่ การเจ็บที่บริเวณยอดอกหรือลิ้นปี่ หรือบริเวณกลางอก และลักษณะของการเจ็บต้องเจ็บแบบแน่นๆ เจ็บรัดหรือเจ็บรุนแรงในอก และอาจมีหรือไม่มีอาการร้าวไปที่แขน คาง ฟัน ไหล่ หลังหรือแขนด้านใน แต่ในการศึกษานี้พบว่า อาการที่พบในผู้ให้ข้อมูลมีทั้งอาการที่เหมือนและแตกต่างจากอาการทางคลินิกที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัย เช่น การเจ็บมีทั้งเจ็บแบบเจ็บแน่นและเจ็บแสบ จุกแน่น ซึ่งมีอาการคล้ายกับอาการของโรคกระเพาะอาหาร และอาการหายใจหอบ (สาว) เหนื่อย หน้ามืด เป็นลม บางคนมีอาการเจ็บหลัง/ไหล่ หรือปวดแสบที่ท้อง/ลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน สอดคล้องกับการศึกษาในสังคมตะวันตกที่พบว่าผู้หญิงมีอาการแตกต่างจากผู้ชายอย่างชัดเจน โดยผู้หญิงจะมีอาการเจ็บหน้าอกน้อยกว่า แต่จะมีอาการหายใจหอบ เหนื่อย หรืออาการไม่สุขสบายในระบบทางเดินอาหาร หรือการปวดที่ไหล่ หลัง มากกว่า<sup>(3-5)</sup> ทำให้มีโอกาสได้รับการวินิจฉัยรักษาที่คลาดเคลื่อนได้สูง

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้หญิงอีสาน และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่สำคัญและจำเป็น เป็นอีกประเด็นที่ควร

## อาการและการตอบสนองต่ออาการของผู้หญิงอีสาน ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สุเพียร โภคทิพย์ ศิริพร จิรวัดณ์กุล

ได้รับความสนใจจากบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากข้อค้นพบแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลจากประสบการณ์การดูแลญาติที่เจ็บป่วย แต่ก็มีผู้ให้ข้อมูลเพียงสองคนที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลญาติที่เป็นโรคหัวใจ สามารถรับรู้และให้ความหมายของอาการได้ถูกต้อง ทำให้สามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันที รวมทั้งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองทำให้ได้รับการวินิจฉัยรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลจากเพื่อนและจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ มากกว่าข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงเกิดความเข้าใจและการรับรู้ที่คลาดเคลื่อน และขาดทักษะในการจัดการแก้ไขเมื่อมีอาการของโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลต่อการแสวงหาการช่วยเหลือรักษาที่ล่าช้า ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในสังคมตะวันตกที่พบว่า ผู้หญิงมักจะปรึกษาคนในครอบครัวและเพื่อนก่อน และจัดการแก้ไขอาการโดยการพักและนอน ทำให้มาโรงพยาบาลล่าช้า<sup>(19)</sup>

การที่ผู้หญิงอีสานมีหน้าที่ความรับผิดชอบในเรื่องงานบ้านและท่อมเหเพื่อคนอื่นให้ความสำคัญกับครอบครัว ทำให้ผู้หญิงขาดโอกาสได้รับข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากสังคมส่วนใหญ่ล้วนคาดหวังการทำบทบาทในครอบครัวจากผู้หญิง โดยเฉพาะการทำบทบาทของผู้ดูแล ทั้งการดูแลสุขภาพของพ่อแม่ลูกและสามี สอดคล้องกับการศึกษาของรติอร พรภรรยา และคณะ<sup>(20)</sup> ที่พบว่าบุตรสาวในวัฒนธรรมอีสานรับรู้และมี

บทบาทในการดูแลบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งถือว่าเป็นการทำหน้าที่ที่บุตรสาวต้องกระทำ ทำให้ผู้หญิงต่างทุ่มเทใจให้กับครอบครัวเป็นสำคัญ ประกอบกับสังคมอีสานล้วนให้เกียรติและยกย่องผู้หญิงที่ปฏิบัติตามเรือน 3 น้า 4 ว่า เป็นหญิงที่ดี<sup>(21)</sup> ผู้หญิงจึงได้รับการปลูกฝังและอบรมสั่งสอนให้มีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ทั้งการเป็นแม่ เมีย และลูกสาว พี่สาวที่ดี ซึ่งค่านิยมและการปลูกฝังเหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด การรับรู้ พฤติกรรม และภาวะสุขภาพของผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงต้องแสดงบทบาทต่างๆ ตามที่สังคมคาดหวัง อันเป็นบรรทัดฐานเชิงเพศภาวะ และเมื่อผู้หญิงมีอาการของโรคหัวใจจึงขาดความตระหนักต่อการเกิดโรคหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lefler<sup>(4)</sup> ที่พบว่าบทบาทหญิงชายและค่านิยมในสังคมมีผลต่อการรับรู้โรคหัวใจในผู้หญิง การที่ผู้หญิงอยู่ในสถานะของผู้พึ่งพิง ทำให้ผู้หญิงขาดอำนาจในการนำตัวเอง ขาดทักษะการจัดการกับภาวะวิกฤต และถูกคาดหวังให้มีบทบาทเป็นผู้ตามที่ดี มีพื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวทำให้ผู้หญิงขาดโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็นผู้พึ่งพาคนอื่นในครอบครัว และสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจได้จำกัด เนื่องจากลักษณะของความเป็นหญิงตามค่านิยมและการปลูกฝังของสังคมอีสานให้ผู้หญิงเป็นแม่บ้านแม่เรือน ทำงานเย็บปักถักร้อยต่างๆ ทำให้ขาดความสนใจ และความเชี่ยวชาญ ในด้านเทคโนโลยีต่างๆ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับโรคหัวใจได้น้อย

จึงขาดทักษะในการจัดการแก้ไขเมื่อเกิดภาวะ  
วิกฤตฉุกเฉิน

### สรุป

ข้อค้นพบนี้ตอกย้ำว่าอาการที่เกิดขึ้นจริง  
ในผู้หญิงมีความแตกต่างจากเกณฑ์ที่ใช้ในการ  
วินิจฉัยทางการแพทย์ในปัจจุบัน อันเป็นผลจาก  
เกณฑ์ที่ได้มาจากการศึกษาในผู้ชายเป็นหลัก  
(guideline bias) จึงยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนและ  
เหมาะสมกับอาการที่เกิดขึ้นจริงในผู้หญิง ส่งผล  
ให้ผู้หญิงขาดโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยและ  
รักษาที่ถูกต้อง รวมทั้งมุมมองเชิงเพศภาวะยังมี  
อิทธิพลต่อผู้หญิงอีสานที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจ  
ตาย ทำให้ผู้หญิงยังไม่ได้รับความเป็นธรรมและเท่า  
เทียมทางสุขภาพ (health equity and equality)  
จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาวิธีการประเมิน  
อาการและการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มี  
ความละเอียดอ่อนเหมาะสม สอดคล้อง กับอาการ  
ที่เกิดในผู้หญิง รวมทั้งการเผยแพร่ให้ความรู้เกี่ยวกับ  
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ถูกต้อง โดยใช้สื่อที่มี  
ความเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความ  
เชื่อของผู้หญิงในสังคมวัฒนธรรมอีสาน และควร  
มีการเสริมพลังอำนาจในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ  
ที่สำคัญสำหรับผู้หญิง อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูล  
หลักในการศึกษานี้มีเฉพาะผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ  
จึงไม่ครอบคลุมผู้หญิงอีสานที่มีความเชื่อตามหลัก  
ศาสนาอื่นๆ ซึ่งอาจมีความเชื่อและเพศภาวะที่แตก  
ต่างกันได้

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกๆ ท่านที่ให้ข้อมูลที่มี  
คุณค่าในครั้งนี้ และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย  
บางส่วน

### เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics-2003 update. Dallas, Texas: American Heart Association; 2002.
2. Holdcroft A. Gender bias in research: how does it affect evidence base medicine? J The Royal Soc Med 2007; 100: 1-3.
3. Hart PL. Women's perception of coronary heart disease: an integrative review J Cardiovas Nurs 2005; 20(3): 170-6.
4. Lefler LL. Perceived risk of heart attack: a function of gender? Nurs Forum 2004; 39(2): 18-26.
5. Lefler LL, Bondy KN. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction. J Cardiovas Nurs 2004; 19(4): 251-68.
6. King KB., McGuire MA. Symptom pres-

- entation and time to seek care in women and men with AMI. *Heart Lung* 2007; 36: 235-43.
7. Miller CL. A review of symptoms of coronary artery disease in women. *J Ad Nurs* 2002; 39(1): 17-23.
  8. Zuzelo PR. Gender and acute myocardial infarction symptoms. *Med Surg Nurs* 2002; 11(3): 126-36.
  9. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, Woolard RH, Feldman JA, Beshansky JR. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med* 2000; 342: 1163-70.
  10. 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: [http://whqlibdoc.who.int/HQ/2003/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_](http://whqlibdoc.who.int/HQ/2003/WHO_WKC_Tech.Ser._)
  11. Kaur R, Lopez V, Thompson DR. Factors influencing Hong Kong Chinese patients' decision-making in seeking early treatment for acute myocardial infarction. *Research in Nursing & Health* 2006; 29: 636-46.
  12. Al-Hassan M, Omran SM. The effect of health beliefs on health care seeking decisions of Jordanian patients with myocardial infarction symptoms. *Int J of Nurs Pract* 2005; 11: 13-20.
  13. จาดศรี ประจวบเหมาะ, กัมปนาท วีรกุล, รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์, และคณะ. ทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2547. ค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2552 จาก <http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/1191>
  14. สุขภาวะคนอีสาน 2551. หนังสือประกอบงานอีสานสร้างสุขปี 2551-2552. สำนักงานกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2552.
  15. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2003.
  16. Creswell JW. *Qualitative inquiry research design*, 2nd ed. California: Sage Publications; 2007.
  17. Lockyer L. Women's interpretation of their coronary heart disease symptoms. *Euro J Cardiovas Nurs* 2005; 4(1): 29-35.
  18. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. 2547.

19. MacInnes JD. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: a self-regulatory approach. *Euro J of Cardiovas Nurs*; 2006; 5(4): 280-88.

20. รติอร พรภุณา, ดารุณี จงอุดมการณ์, สุขุมมาล

ธนาเศรษฐ์อังกุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. บทบาทและการรับรู้ทางวัฒนธรรมของบุตรสาวในการดูแลบิดามารดาสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในสังคมอีสาน: กรณีศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2546; 26(3): 21-9.

21. อภิศักดิ์ โสมอินทร์. *โลกทัศน์อีสาน*, พิมพ์ครั้งที่ 2. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมหาสารคาม; 2537.

# Symptoms and Response to Symptoms among I-Saan Women with Myocardial Infarction

*Supian Pokathip\* Siriporn Chirawatkul\*\**

---

## **Abstract**

The aim of this qualitative study was to describe the perception of myocardial infarction symptoms and the response to symptoms among I-Saan women. The key informants were 27 women who had been diagnosed with myocardial infarction. The data were collected by in-depth interview, group discussion, observation and field note during February 2010 to February 2011. The data were analyzed by content analysis. The triangulation was used for the rigor of the research. Three results were revealed as the followings; 1) most of the key informants did not recognize the symptoms that occurred as the symptoms of heart disease, 2) family came first - I-Saan women paid the most attention to family so they did not aware of their health care, 3) the women had to rely on others for seeking treatment. For the perception of myocardial infarction symptoms of I-Saan women, most of them did not recognize that the symptoms were of heart disease. Moreover the symptoms that occurred were different from the basis of medical diagnosis. Because the role of the women was care taker and they were dependent care, the women paid most of their attention to their families so they missed a chance to be diagnosed and treated properly. Therefore, the development of health care services which are sensitive and appropriate for women's lifestyles should be conducted in order to allow women to obtain accurate and early seeking treatment.

**Keywords** ; perception, myocardial infarction, gender, Thailand

---

\* Ph.D. Candidate. Faculty of Nursing, Khon Kaen University.