

บทที่ 4

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Description Research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยครอบคลุมและสะท้อนให้เห็นถึง ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการที่เกิดขึ้น ทั้งก่อนเข้ารับการรักษาและขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล และปัจจัย/เงื่อนไขที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตามการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นจริง ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทั้งผู้สูงอายุและญาติเป็นระยะเวลา 4 เดือนคือเริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม 2551 – มีนาคม 2552 ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำเสนอข้อค้นพบตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่กลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนและขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่กลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนและขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้มี 2 กลุ่มคือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก และผู้ให้ข้อมูลรอง ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิดคลื่นเอสทียกและไม่ยก โดยได้รับการรักษา การทำหัตถการและส่งต่อไปตามหอผู้ป่วยต่างๆ ตามภาวะสุขภาพ ตามเพศและตามแนวทางการดูแลรักษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยโดยการอนุญาตให้ทำการสัมภาษณ์และบันทึกเทป สังเกตอาการและสถานการณ์การดูแลรักษา ส่วนผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ ญาติ ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดที่อยู่ในเหตุการณ์หรืออยู่ดูแลในระยะเวลาที่เพียงพอที่สามารถให้ข้อมูลการดูแลและการจัดการเมื่อมีอาการกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ซึ่งรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลมีดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งหมด 17 ราย เป็นเพศชายจำนวน 10 ราย และเพศหญิง 7 ราย อายุเฉลี่ยของผู้ให้ข้อมูลคือ 71 ปี 5 เดือน อายุต่ำสุดคือ 62 ปี สูงสุด 83 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีจำนวน 8 ราย รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปีจำนวน 7 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 11 ราย ที่เหลือมีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือระดับประถมศึกษา มีจำนวน 5 ราย รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือและการศึกษาระดับปริญญาตรีซึ่งมีเท่ากันคือกลุ่มละ 4 ราย ผู้ให้ข้อมูล

ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ อาชีพของผู้ให้ข้อมูลที่พบมากที่สุดคือ อาชีพเกษตรกร มีจำนวน 11 ราย รองลงมาคืออาชีพข้าราชการบำนาญซึ่งมีจำนวน 3 ราย รายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำสุดคือ 2,500 บาท สูงสุด 20,000 บาท รายได้ของครอบครัวต่อเดือนที่พบมากที่สุดคือ 3,000 บาท พบจำนวน 5 ราย รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเฉลี่ย 7,346 บาท และพบว่ารายได้ที่ครอบครัวได้รับไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและมีหนี้สินถึง 7 ราย แหล่งประโยชน์ของผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาสุขภาพที่มีสัดส่วนมากที่สุดคือ โรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 17 ราย รองลงมาคือศูนย์บริการสุขภาพชุมชน จำนวน 14 ราย วิธีการจ่ายค่ารักษาส่วนใหญ่คือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาทรักษาทุกโรค) จำนวน 8 ราย รองลงมาคือใช้บัตรจ่ายตรง เบิกจ่ายต้นสังกัดและประกันสังคม มีจำนวน 4 ราย ลักษณะของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบในการศึกษาคั้งนี้เป็นชนิดคลื่นเอสทียกจำนวน 13 ราย ที่เหลือเป็นชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก โดยพบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 6 ชั่วโมงทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจในกระแสเลือดพบการเปลี่ยนแปลงภายใน 6 ชั่วโมงมากที่สุดคือจำนวน 14 ราย รองลงมาคือมีการเปลี่ยนแปลงภายใน 6-12 ชั่วโมง จำนวน 3 ราย ดังแสดงตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งก่อนและขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (n=)
1. จำนวนผู้ให้ข้อมูล	
- ชาย	10
- หญิง	7
2. อายุ (อายุเฉลี่ย)	71 ปี 5 เดือน
- 60-69 ปี	8
- 70 -79 ปี	7
- 80 ปี ขึ้นไป	2
3. สถานภาพสมรส	
- คู่	11
- หม้าย/หย่า/แยก	6
4. ระดับการศึกษา	
- ไม่ได้เรียน	4
- ประถมศึกษา	5
- มัธยมศึกษาตอนต้น	2
- มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	2
- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4

ตารางที่ 6 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่กล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งก่อนและขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (n=)
5. ศาสนา	
- พุทธ	17
- คริสต์	-
6. อาชีพ	
- เกษตรกร	11
- ค้าขาย	2
- รับจ้างบริษัทเอกชน	1
- ข้าราชการบำนาญ	3
7. รายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย	7,346 บาท
- เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และมีเงินออม	5
- เพียงพอกับค่าใช้จ่าย แต่ไม่มีเงินออม	3
- ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย แต่ไม่มีหนี้สิน	2
- ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย และมีหนี้สิน	7
8. แหล่งประโยชน์เมื่อมีปัญหาสุขภาพ	
- ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน	14
- แพทย์พยาบาล	6
- โรงพยาบาลของรัฐ	17
- เอกสารคู่มือการดูแลตนเอง	5
- โรงพยาบาลเอกชน	3
- ญาติ/เพื่อนบ้าน	9
- คลินิก	5
9. วิธีการจ่ายค่ารักษา	
- บัตร อสม. หรือบัตรผู้สูงอายุ	5
- เบิกจ่ายต้นสังกัด ประกันสังคม	4
- บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาทรักษาทุกโรค)	8
10. ลักษณะของกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัย	
- ST-Elevate Myocardial Infarction (STEMI)	13
- Non ST-Elevate Myocardial Infarction (NSTEMI)	4

ตารางที่ 6 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่กล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งก่อนและขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (n=)
11. วันที่ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของ EKG	
- ทันทีในภายใน 6 ชั่วโมง	17
12. วันที่ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของ Troponin T	
- ทันทีในภายใน 6 ชั่วโมง	14
- ภายใน 6-12 ชั่วโมง	3

ผู้ให้ข้อมูลรองในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศชาย 9 ราย หญิง 10 ราย อายุระหว่าง 30-60 ปีมากที่สุดคือ 14 ราย สถานภาพสมรสของผู้ให้ข้อมูลรองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่จำนวน 16 ราย นอกจากนี้ ยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและผู้ให้ข้อมูลรองส่วนใหญ่จะเป็นบุตร ซึ่งมีจำนวน 11 ราย รองลงมาเป็นหลานและคู่สมรสอย่างละ 3 ราย ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาจำนวน 14 ราย และมีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่คือ 13 ราย รองลงมาคือค้าขาย 4 ราย ดังแสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลรอง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลรอง	จำนวน (n=)
1. จำนวนผู้ให้ข้อมูล	
- ชาย	9
- หญิง	10
2. อายุ	
- 30-59 ปี	14
- 60 ปีขึ้นไป	5
3. สถานภาพสมรส	
- โสด	3
- คู่	16
4. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและผู้ให้ข้อมูลรอง	
- เกี่ยวข้องเป็นบุตร	11
- เกี่ยวข้องเป็นหลาน	3
- เกี่ยวข้องเป็นพี่น้อง	3
- เกี่ยวข้องเป็นคู่สมรส	2

ตารางที่ 7 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลรอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลรอง	จำนวน (n=)
5. ระดับการศึกษา	
- ประถมศึกษา	5
- มัธยมศึกษา	14
6. อาชีพ	
- เกษตรกร	13
- ค้าขาย	4
- ข้าราชการบำนาญ	2

1.2 ประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่กล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนและขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว 14 ราย โดยพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากที่สุดคือจำนวน 2 และ 3 โรคเท่ากันคือกลุ่มละ 5 ราย โรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 10 รายรองลงมาเป็นเบาหวานซึ่งพบ 8 ราย โดยลักษณะโรคประจำตัวที่พบร่วมกันมากที่สุดคือ โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงซึ่งพบ 3 ราย รวมทั้งมีผู้สูงอายุที่เคยเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 3 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่จำนวน 10 ราย พบในทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยพบว่ามี การสูบบุหรี่ 15-30 มวนต่อวันมากที่สุดคือจำนวน 7 ราย จำนวนการสูบบุหรี่เฉลี่ย 22 มวน/วันและเฉลี่ยระยะเวลาสูบนาน 35 ปี ปัจจัยเสี่ยงรองลงมาคือการดื่มสุรา โดยมีจำนวนผู้ดื่มสุรา 9 ราย ในผู้ที่ดื่มเป็นประจำเฉลี่ยดื่ม 30 ซีซี/วันและเฉลี่ยดื่มมานาน 26 ปี นอกจากนี้ยังพบผู้ดื่มเครื่องดื่มชากาแฟมีจำนวน 11 ราย เฉลี่ยดื่ม 3 แก้ว/วัน และเฉลี่ยดื่มมานาน 14 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับท้วมมากที่สุดเท่ากันคือ 5 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ จำนวน 5 ราย และพบยังว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีจำนวน 12 ราย ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่กล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนและขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (n=)
1. โรคประจำตัว	
- ไม่มีโรคประจำตัว	3
- มีโรคประจำตัว 1 โรค	3
- มีโรคประจำตัว 2 โรค	5
- มีโรคประจำตัว 3 โรค	5
- มีโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรค	2
- โรคเบาหวาน (เฉลี่ยระยะเวลาที่เป็น 14 ปี)	8
- ความดันโลหิตสูง (เฉลี่ยระยะเวลาที่เป็น 10 ปี)	10
- ไขมันในเลือดสูง (เฉลี่ยระยะเวลาที่เป็น 1 ปี)	6
- โรคหลอดเลือดหัวใจ (เฉลี่ยระยะเวลาที่เป็น 4 ปี)	5
- นิ่วในถุงน้ำดี (เฉลี่ยระยะเวลาที่เป็น 3 ปี)	1
- โรคไตวายเรื้อรัง (เฉลี่ยระยะเวลาที่เป็น 2 ปี)	4
- ปอดอุดกั้นเรื้อรัง/หอบหืด (เฉลี่ยระยะเวลาที่เป็น 10 ปี)	1/1
- โรคหลอดเลือดสมอง (เฉลี่ยระยะเวลาที่เป็น 1 ปี)	1
- กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรายเก่า	3
2. ลักษณะการเกิดโรคประจำตัว	
- โรคเบาหวาน+ไตวายเรื้อรัง	2
- ความดันโลหิตสูง+ไขมันในเลือดสูง	2
- ความดันโลหิตสูง+โรคหลอดเลือดสมอง	1
- โรคเบาหวาน+ความดันโลหิตสูง+ไขมันในเลือดสูง	3
- โรคเบาหวาน+ความดันโลหิตสูง+ไตวายเรื้อรัง	1
- โรคเบาหวาน+ความดันโลหิตสูง+ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1
- โรคเบาหวาน+ความดันโลหิตสูง+นิ่วในถุงน้ำดี+โรคหลอดเลือดหัวใจ	1
- ความดันโลหิตสูง+ไขมันในเลือดสูง+โรคหลอดเลือดหัวใจ+ไตวายเรื้อรัง	1
3. ประวัติการสูบบุหรี่	
- ไม่สูบบุหรี่	6
- สูบบุหรี่	11
- น้อยกว่า 15 มวน (ครึ่งซอง)	3
- 15-30 มวน (1 ซอง)	7
- มากกว่า 30 มวน (สูบเฉลี่ย 22 มวน/วัน)	1
- ระยะเวลาที่สูบมากกว่า 10 ปี (สูบนานเฉลี่ย 35 ปี)	11

ตารางที่ 8 ประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่กล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนและขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยง	จำนวน (n=)
4. ประวัติการดื่มสุรา	
- ไม่ดื่ม	8
- ดื่ม	9
- ดื่มตามเทศกาล	4
- ดื่มเป็นประจำ(เฉลี่ยวันละ 30 ซีซี ในผู้ที่ดื่มเป็นประจำ)	5
- ระยะเวลาที่ดื่มสุรามากกว่า 10 ปี (ดื่มนานเฉลี่ย 26 ปี)	9
5. ประวัติการดื่มชา กาแฟ	
- ไม่ดื่ม	11
- ดื่ม	6
- ดื่มวันละ 1-2 แก้ว	3
- ดื่มวันละมากกว่า 2 แก้ว (ดื่มเฉลี่ย 3 แก้ว/วัน)	3
- ระยะเวลาที่ดื่มมากกว่า 10 ปี (ดื่มนานเฉลี่ย 14 ปี)	6
6. บุคคลในครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ	
- ไม่มี	12
- มี	5
7. ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับ	
- ผอม (ต่ำกว่า 18.5)	4
- ปกติ (18.5-24.9)	6
- ท้วม (25.0-29.9)	7
- อ้วน (30.0-34.9)	-
8. ประวัติการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	
- ไม่เคย	5
- เคย	12

1.3 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาน ระยะเวลาการรักษานและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษานในโรงพยาบาล

ในการศึกษานครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นใช้เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษานภายใน 3 ชั่วโมงมากที่สุดคือ มีจำนวน 14 ราย รองลงมาคือภายใน 3-8 ชั่วโมง มีจำนวน 3 ราย โดยใช้เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษานเฉลี่ย 132 นาที เมื่อเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องนอนรักษานตัวในโรงพยาบาลนานมากกว่า 1

สัปดาห์ มากที่สุดคือ 11 ราย รองลงมาใช้เวลา 4-7 วันคือจำนวน 6 ราย โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยนาน 12 วัน จากเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาและจำนวนวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลดังกล่าว ทำให้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ให้ข้อมูลมีภาวะแทรกซ้อนจำนวน 13 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่งโดยพบจำนวน 8 ราย รองลงมาคือ ภาวะช็อกจากหัวใจ ปอดอักเสบ และภาวะติดเชื้อซึ่งมีจำนวนเท่ากันคือ 4 ราย และยังพบว่าสถานะสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลขณะจำหน่ายมีอาการดีขึ้นจนเป็นปกติมากที่สุดคือ จำนวน 13 ราย รองลงมาคืออาการดีขึ้นและนัดวางแผนการรักษาต่อซึ่งมีจำนวน 4 ราย ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษา ระยะเวลารักษาและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะเวลาดังแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษา ระยะเวลารักษา และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา		จำนวน (n=)
1. ระยะเวลาดังแต่มีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษา		
- ภายใน 3 ชั่วโมง (เวลาเฉลี่ยในกลุ่มนี้ 90 นาที)		14
- มากกว่า 3 ชั่วโมง (เวลาเฉลี่ยในกลุ่มนี้ 330 นาที)		3
- เวลาเฉลี่ย		132 นาที
2. ระยะเวลาดังแต่ได้รับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล		
- ภายใน 3 วัน		-
- 4-7 วัน		6
- มากกว่า 1 สัปดาห์		11
- วันนอนเฉลี่ย		12 วัน
3. ภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษา		
- มี		13
- ไม่มี		4
4. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ		
- ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (Congestive heart failure)		8
- ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock)		4
- ปอดบวม (Pulmonary edema)		4
- ภาวะปิดกั้นสัญญาณไฟฟ้าหัวใจสมบูรณ์ (Complete heart block)		1
- ไตวาย (Renal failure)		3
- ภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ (Electrolyte imbalance)		3
- ภาวะสับสนจับปล้น (Delirium)		2

ตารางที่ 9 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษา ระยะเวลาการรักษาและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล (ต่อ)

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษา ระยะเวลาการรักษา และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา	จำนวน (n=)
- เลือดออกผิดปกติ	2
- ภาวะปอดอักเสบจากการใส่ท่อช่วยหายใจ/ติดเชื้อในกระแสเลือด/และติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ (VAP/Sepsis/MRSA)	4
- หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest)	2
5. ภาวะสุขภาพขณะจำหน่ายตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและญาติ	
- อาการดีขึ้นจนเป็นปกติ	13
- อาการดีขึ้นและนัดวางแผนการรักษาต่อ	4

2. ประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลครอบคลุมประสบการณ์อาการ การจัดการอาการและเงื่อนไขในการจัดการอาการ ซึ่งในส่วนของประสบการณ์อาการจะศึกษาครอบคลุมรายละเอียดเกี่ยวกับ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ ระยะเวลาที่ยังมีการดำเนินอยู่ของอาการ ตำแหน่งที่เกิดอาการ ลักษณะของอาการและระดับความรุนแรงของอาการ การเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นดังกล่าวทำให้ได้ลักษณะ (Characteristic) ของการเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ชัดเจนขึ้น ในส่วนของการจัดการอาการพบการจัดการก่อนเข้ารับการรักษาซึ่งได้แก่ การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง การจัดการอาการโดยการให้ยาและการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ส่วนการจัดการอาการขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการอาการโดย การสื่อสารอาการผิดปกติที่มีอยู่แก่บุคลากร การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง การให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา การขอส่งต่อหรือถูกส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่าและการพึ่งพาญาติ ส่วนเงื่อนไขการจัดการอาการพบว่า ก่อนมาโรงพยาบาลผู้สูงอายุมีการจัดการอาการตาม การรับรู้อาการ การรับรู้สาเหตุ ผลการจัดการอาการแล้วไม่ดีขึ้น คำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน ประสบการณ์เดิมที่เคยใช้ได้ผล ความรุนแรงของอาการ การกระทำด้วยความตกใจ และการจัดการตามคำแนะนำของบุคลากร ส่วนการตัดสินใจเข้ารับรักษานั้นผู้สูงอายุตัดสินใจตาม การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สาเหตุของอาการ ความรู้ของผู้สูงอายุและญาติ ประสบการณ์การพบเห็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัจจัยทางกายภาพ (ระยะทาง ช่วงเวลา สภาพอากาศและความเกรงใจ) การรอดูอาการ ความยุ่งยากและภาระหน้าที่ที่บ้าน ความอดทนของผู้สูงอายุ ในส่วนของ

เงื่อนไขการจัดการอาการขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคือ เชื่อว่าการรักษาในโรงพยาบาลเป็นหน้าที่ของบุคลากร เชื่อมั่นในแผนการรักษา อาการไม่ดีขึ้นหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ร้ายแรง ระดับความรุนแรงของอาการที่ยังคงอยู่ ข้อจำกัดทางด้านร่างกายและการรักษา คำแนะนำจากบุคลากรและความรู้หรือประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุ ซึ่งข้อค้นพบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ประสบการณ์อาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 10 อาการ โดยอาการทั้ง 10 ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันทั้งหมด แต่มีบางอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันเป็นกลุ่มอาการ อาการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์หรือส่งผลถึงกันและเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการดีขึ้นเป็นระยะ ๆ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้แก่ กลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ และกลุ่มอาการเป็นตาตาย ซึ่งเกิดขึ้นก่อนเข้ารับการรักษา กลุ่มอาการไม่ดีขึ้น กลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิทและกลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย จะเกิดขึ้นภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกลุ่มอาการทั้ง 5 กลุ่มนี้ จะมีอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันตั้งแต่ 3-6 อาการ ซึ่งรายละเอียดข้อค้นพบมีดังนี้

2.1.1 การรับรู้อาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีการรับรู้อาการทั้งหมด 10 อาการได้แก่ 1) อาการเจ็บแน่นหน้าอก 2) อาการหอบ หายใจลำบาก 3) อาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง 4) อาการเหนื่อยเมื่อยล้า 5) อาการเหงื่อแตก 6) อาการแสบร้อนบริเวณทรวงอกและคอ 7) อาการวิงเวียนศีรษะคลื่นไส้และอาเจียน 8) อาการซีดเหลืองและอาการชา 9) อาการนอนราบไม่ได้และ 10) อาการสับสนจับปล้น แต่ละอาการมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1.1 อาการเจ็บแน่นหน้าอก

ผู้สูงอายุรับรู้และรายงานว่ามีอาการเจ็บหัวใจ “เจ็บแท้เจ็บหัวใจ” โดยมีลักษณะเจ็บ ปวด บีบรัดและรู้สึกแน่นบริเวณหน้าอก ทำให้เกิดความเจ็บปวดและทรมาน “เจ็บหลาย เจ็บจนลิตาย” ซึ่งจากการสังเกตอาการขณะผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยฉุกเฉินพบว่า ผู้สูงอายุมีอาการทรมานทุกข์มาก “ผู้สูงอายุชายรายนี้มาที่หอผู้ป่วยฉุกเฉินตอน 9 โมงนอนมาบนเตียงนอน ญาติและเจ้าหน้าที่ที่ต้องคอยกดไว้เพราะดิ้นมาก ตะโกนเสียงดังว่าแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกใจจะขาด มือข้างหนึ่งกุมหน้าอกแน่นอีกข้างกำและจิกผ้าปูเตียงจนยับ....” (FN 13015205) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางท่านได้บรรยายลักษณะของอาการเจ็บแน่นหน้าอกว่าคล้ายมีอะไรมากดทับ “คือมีอียังทับ คือมีคนเหยียบหน้าอกนี่แหละ” ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกมักส่งผลให้เกิดอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ หายใจไม่สะดวกและรู้สึกเมื่อยล้า นอกจากนี้ อาการเจ็บหน้าอกดังกล่าวอาจมีอาการเจ็บร้าวไปตำแหน่งอื่นๆ ด้วยเช่น คาง กราม หัวไหล่ สะบัก และแขน “มันปวดมาฮอดคางเพี้ย ฮอดแขนนำเพี้ย” หรือ “ร้าวมาเบี่ยง” ซึ่งผู้สูงอายุบรรยาย



ลักษณะของการเจ็บร้าวว่า “มันเหมือนมีหยากไย่อยู่ข้างในมันตึงมันรั้งให้เจ็บร้าวไปทั่ว” จากการศึกษาพบว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่ผู้สูงอายุรับรู้จะมีความแตกต่างกันใน 2 ลักษณะคือ อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นในระยะแรก (พบในผู้สูงอายุ 6 ราย) ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าเป็น ๆ หาย ๆ กล่าวคืออาการเจ็บแน่นหน้าอกจะเจ็บไม่มากและเป็นอยู่ระยะสั้น ๆ เป็นนาทีแล้วหายไป “เป็นสองสามนาที” แล้วกลับมาเป็นอีก “เจ็บแล้วหายวันหลังก็เจ็บอีก” นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดอาการเช่น มักมีอาการในเวลากลางคืนที่อากาศเย็นหรือในช่วงเข้านมด คณะทำกิจกรรมและการไต่กลิ้งบุหรี่ปริหรือคว้นจากการเผาขยะ แต่อาการเจ็บแน่นหน้าอกที่ผู้สูงอายุรับรู้ในระยะที่จะตัดสินใจมาโรงพยาบาล (พบในผู้สูงอายุ 15 ราย) จะมีอาการอยู่นานหลายนาทีจนถึงชั่วโมงหรือบางรายรับรู้และรายงานว่ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอยู่ตลอดเวลา ไม่ลดลงเลย “แน่นนานขึ้นเกือบครึ่งชั่วโมง” หรือ “แต่ก่อนหายแต่ทีนี้ไม่หาย” โดยอาการเจ็บแน่นหน้าอกดังกล่าวเกิดขึ้นทั้งขณะมีกิจกรรม “ยกกระสอบฝุ่นมันเลยเจ็บ” “ตอนนั้นเบ่งถ่าย” หรือ “ยกปืนจักรยานไปวัด” และไม่มีกิจกรรม “อยู่ซื่อ ๆ” หรือ “กำลังนอน” รวมทั้งยังเป็นอาการที่พบมากที่สุด ซึ่งพบจำนวน 15 ราย (AM27125101, AM29125102, AM07015203, AF 12015204, AM13015205, AM20015206, AM20015207, AF 24015208, AM06025210, AM11025211, AF 02125112, AF 06125113, AM 14125115, AF 18125116, AF 23125117) โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกว่า

“เจ็บหน้าอก เจ็บมาก เจ็บจนจะตาย ตอนนั้นทำงานกะเลย เจ็บหน้าอก เจ็บมาฮอดเพี้ย (ตรงนี้) ร้าวมาฮอดเปี้ยง (สะบัก) เจ็บร้าวมาน่าไหลน้ำแขน มันออกแรงยกกระสอบฝุ่น (ปุ๋ยคอก) มันเลยเจ็บ...แล้วมันเมื่อย เพลีย มีอ่อนเพลีย...เดินได้ แต่พูดไม่ได้...เสียงไม่ดัง เสียงไม่มีเลย มันเป็นกตตัน เมื่อยด้วย มันไม่มีแรง...วิ่งเวียน อาเจียน...วิ่งเวียน ตอนนั้นเวียนหัวแล้วก็เลยมาอ้วก...อาหารที่กินเข้าไปนั้นแหละ ...พอเพื่อนเจอแล้วบอกว่า เอ้อ...เป็นอะไรทำไมหน้าซีด หน้าเหลืองแท้ เค้ากะว่าคือเหลืองแท้ คือเป็นคักปานนี้” (AM 29125102)

2.1.1.2 อาการหายใจลำบาก หายใจไม่อิ่มหรือใจจะขาด

อาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจที่พบในผู้สูงอายุครั้งนี้พบว่า ในระยะแรกผู้สูงอายุจะมีอาการเพียงเล็กน้อยคือ มีอาการหอบ หายใจไม่สะดวกซึ่งพบในผู้สูงอายุจำนวน 4 ราย (AF 24015208, AM02025209, AF 18125116, AF 23125117) อาการดังกล่าวจะมีอยู่ชั่วระยะหนึ่งและจะหายไปเมื่อได้พัก โดยผู้สูงอายุมักรายงานอาการว่า “หายใจไม่ออก หายใจติด ๆ ขัด ๆ”, “หายใจไม่อิ่ม”, “หายใจบ่ช่วง” หรือ “หายใจบ่โล่ง” อาการดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้ทุกอิริยาบถไม่ใช่เฉพาะเวลานอนราบเท่านั้น อาการหอบหายใจไม่สะดวกมีลักษณะหลายอย่างและอาจมีอาการอื่นร่วมกันเช่น แน่นหน้าอก หอบ ไอจนส่งผลให้มีอาการเมื่อยร่วมด้วย แต่ในระยะต่อมาผู้สูงอายุจะมีอาการรุนแรงขึ้น โดยจะมีอาการหายใจลำบาก หายใจไม่อิ่มหรือใจจะขาด ซึ่งพบในผู้สูงอายุจำนวน 9 ราย (AF 12015204, AM20015207, AF 24015208, AM02025209, AM11025211, AF 02125112, AF 08125114, AF

18125116, AF 23125117) โดยผู้สูงอายุจะรายงานว่าหายใจไม่ออกหรือรู้สึกเหมือนใจจะขาด “หายใจบ่ออก” และ “ใจลีซาด” ลักษณะการเกิดอาการมักเกิดร่วมกับอาการแน่นหน้าอก “แน่น หัวอกหัวใจจนหายใจไม่ออก จนใจลีซาด” นอกจากนี้บางอาการจะส่งเสริมให้อาการหายใจลำบากเป็นมากขึ้นเช่น อาการไอ “ไอน้ำเข้าน้ำเข้า (ไอถี่ๆติดต่อกัน) กะเลยหายใจบ่ทันจนว่า หอบ ว่าแน่นใจลีซาด”

“ตอนแรกเป็นแน่น ๆ ท้อง เป็นแน่น ๆ ต้องอยู่สองสามวัน... ตอนแรกมันเป็นแน่น ๆ เป็นแน่นท้องเฉย ๆ...แล้วทีนี้มาแน่นหน้าอก แน่นหน้าอกแล้วก็ เป็นหายใจไม่ออก...หอบหลาย เมื่อย...อยู่บ้าน อยู่บ้านเฉย ๆ...มันก็มีหายใจหอบขึ้นมาเลย หายใจติด ๆ ขัด ๆ ไม่ทั่วท้อง...ก็มีอาการหอบ หายใจบ่โล่ง จนใจลีซาด” (AF 24015208)

2.1.1.3 อาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง

อาการแน่นอึดอัดในช่องท้องมีลักษณะ แน่นอึดอัดคล้ายมีลมปริมาณมากในช่องท้องทำให้เกิดแรงดันขึ้น “เป็นคือมีลมในท้อง แน่นอึดอึอูอยู่” แต่ผู้สูงอายุไม่สามารถระบายลมส่วนนั้นออกไปได้ “สิเรอกะบ่เรอสิตดกะบ่ตด” ทำให้รู้สึกว่ายังมีลมหรือยังมีอาการนั้นอยู่ โดยอาการแน่นอึดอัดในช่องท้องมักเกิดขึ้นหลังรับประทานอาหาร มีอาการอยู่ตลอดช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้วหายไป อาการแน่นอึดอัดในช่องท้องพบในผู้สูงอายุจำนวน 9 ราย (AM27125101, AM20015206, AM20015207, AF 24015208, AM11025211 AF 06125113, AF 08125114, AF 18125116, AF 23125117) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอาการไม่มาก “เป็นบ่ปานไต่ พอร่าคาญ” มีผู้สูงอายุเพียง 2 ราย (AM20015206, AF 06125113) ที่มีอาการอึดอัด แน่นท้องเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง “มันกะเป็นอึดท้อง แน่นท้องขึ้นมาเลย” โดยขณะที่ผู้สูงอายู้สึกแน่นท้องพบว่าท้องจะแข็งเกร็งมาก “ตอนนั้นสาวกะว่าแน่นท้องค้ำเบ้งมันกะแข็งเป็นดาน แน่นอึดตั้งอยู่ (แข็งมาก)” และมักเกิดขึ้นร่วมกับอาการอื่น “แน่นท้องดันขึ้นแล้วสบักฮูก” และ “เป็นหอบเป็นหายใจบ่ออก เลยกค้ำเบ้งท้องมันกะแข็ง” ดังที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า

“มันกะแน่นท้องหลาย...มันกะเป็นแน่นท้องเนาะเฮากะว่ามัน ลีเกี่ยวกับท้องกับลม เพราะว่ามันแน่น แน่นอยู่ท้องนี้หละ ...มันกะมักเป็นหลังเรากินข้าว หลังกินข้าวมันกะลีอึดลีแน่นขึ้นมาเลย แน่นอยู่ตลอดเป็นอึดอึอูอยู่ สิตดกะตดบ่ออก สิเรอกะบ่เรอ กะเป็นแน่น ๆ อั้ง ๆ อยู่จั่งซีหละ” (AM20015206)

2.1.1.4 อาการเหนื่อย เมื่อยล้า

ผู้สูงอายุจะรายงานอาการเหนื่อย เมื่อยล้าว่า “เหนื่อย เมื่อย ล้า เพลียและบ่มีแรง” และมีอาการอยู่ตลอดเวลา “ล้าตลอด เป็นยังมือ” โดยเปรียบเทียบลักษณะของอาการล้าเหมือนคนทำงานหนัก “ล้ามากเหมือนคนทำงานหนัก” และส่งผลในรูปของการจำกัดความสามารถเช่น การเคลื่อนไหว การพูด “เมื่อยจนได้ข้าวใส่ฮาวบันไดเดินลงมา” และ “เดินได้แต่พูดไม่ได้เมื่อยหลายไม่มีเสียง” อาการเหนื่อยเมื่อยล้าอาจเกิดขึ้นร่วมกับอาการอื่นหรือ

อาจเป็นผลมาจากอาการอื่นก็ได้ เช่น ผู้สูงอายุรายที่ 7 จะมีอาการแน่นท้อง แน่นหน้าอกร่วมกับมีอาการเหนื่อยเมื่อยล้า แต่ผู้สูงอายุรายที่ 16 จะมีอาการแน่นท้องก่อนแล้วจึงแน่นหน้าอกหลังจากนั้นทำให้มีอาการหายใจลำบาก ไอ หายใจหอบจนส่งผลให้ในวันต่อมามีอาการเหนื่อยหรือรู้สึกล้าตามมาในภายหลัง โดยผู้สูงอายุจะมีอาการทั้งขณะที่อยู่เฉย ๆ ไม่มีกิจกรรมและขณะทำกิจกรรมเช่น ทำงาน เดินขึ้นบันได ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบอาการเหนื่อย เมื่อยล้าในผู้สูงอายุ 9 ราย (AM29125102, AF 12015204, AM20015206, AM02025209, AM06025210, AM11025211, AF 08125114, AM 14125115, AF 18125116)

“เป็นหยั่งข้อยคือเมื่อยคือล้าแท้ เมื่อยอยู่ตลอด เราก็ได้คุยกันอยู่คุยกันว่าบได้เฮ็ดหยั่งกะเมื่อย มันเมื่อยอยู่ตลอด เป็นเมื่อยเป็นล้า เป็นบมีแรง เฮ็ดหยั่งกะบ่อยากเฮ็ดหะเพราะว่ามันเมื่อย เฮากะรู้สึกว่ามันเมื่อยว่าล้า บ่อยากเฮ็ดหยั่ง” (AF 08125114)

“สองสามมือนั้นกะแน่นท้อง แล้วบาดมาเจ็บหน้าอก เจ็บหน้าอกหายใจบ่อิม ทั้งโอทั้งเจ็บหน้าอกทั้งดมยาकिनยาธาตุมันกะเซา บาดนี้มือนี้นะเลยมาเมื่อยนั้นหะ มันกะเมื่อย มันเป็นเมื่อย เป็นล้าเลยเพลี่ย” (AF18125116)

2.1.1.5 อาการเหงื่อแตก

อาการเหงื่อแตกเป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และมักเกิดขึ้นร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกและหายใจเหนื่อยหอบ เป็นที่น่าสังเกตว่าอาการเหงื่อแตกจะเกิดตามหลังหรือพบในระยะท้าย ๆ ของอาการเจ็บหน้าอกและหายใจเหนื่อยหอบ “แน่นหน้าอกหายใจไม่ออกจนเหงื่อแตก” ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่ตนเองมีอาการทุรนทุราย มีเม็ดเหงื่อผุดขึ้นตามศีรษะ ใบหน้าและร่างกาย อาการเหงื่อแตกที่พบในผู้สูงอายุทุกรายพบว่า มีเหงื่อจำนวนมากซึมออกมาตามผิวหนังจนชุ่มเสื้อผ้า “เหงื่อแตกชะชะจนเสื้อเปียก” ทำให้คิดว่าผู้สูงอายุกำลังจะเสียชีวิต “เป็นจนสิดตายจนยางตายออก” ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบอาการเหงื่อแตกในผู้สูงอายุ 9 ราย (AM27125101, AM13015205, AF 24015208, AM02025209, AM11025211, AF 06125113, AF 08125114, AM 14125115, AF 23125117) ดังที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า

“วันที่สองมาก็มาแน่นหน้าอกด้วยนี้หะละ ทั้งเหนื่อยทั้งแน่นหน้าอก...แน่นหน้าอกมาก หายใจไม่อิม ไม่มีแรงเลย...ก็แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก แล้วก็มิเหงื่อออกตามตัว...แน่นหน้าอกมากแล้วค่อยเหงื่อแตก เป็นจนเหงื่อแตก เหงื่อกะฟาดออก ฟาดออกเหงื่อแตกชะชะออกเป็นตาตาย เป็นใจลิดา” (AM11025211)

2.1.1.6 อาการแสบร้อนทรวงอกและคอ

อาการแสบร้อนบริเวณทรวงอกและคอจะมีลักษณะของการเจ็บท้องนำมาก่อน โดยอาการเจ็บท้องที่นำมาก่อนนั้นผู้สูงอายุบรรยายลักษณะว่ามีอาการเจ็บ แสบ ร้อน “เป็นแสบท้อง แสบเป็นล้า”, “เป็นปวดท้อง”, “มันเป็นเจ็บ ๆ” หรือ “มันเป็นแสบท้องคล้ายกินส้มตำ” ตำแหน่งที่เกิดอาการมีทั้งเกิดบริเวณท้องโดยรวมไม่สามารถระบุตำแหน่งและเกิดบริเวณชายโครงด้านใดด้านหนึ่ง “เป็นอยู่ท้องนี้หะละ”, “เจ็บอยู่นี่อยู่ช่วง (ชายโครง) นี้”

หลังจากนั้นอาการเจ็บท้องจะมีการลามมาที่บริเวณทรวงอกและลำคอ “ແສບທ້ອງລາມມາອອດຄອມາອອດອູ່ນີ້” ซึ่งภาษาอีสานเรียกว่า “ແສບັກທຸກ” โดยผู้สูงอายุจะบรรยายลักษณะว่า รู้สึกแสบร้อนบริเวณแกนกลางของลำตัวเริ่มตั้งแต่ท้อง ล้นปี่และทรวงอกมีลักษณะเป็นลำหรือเป็นแนวขึ้นจนมาถึงคอ จากการศึกษาพบอาการแสบร้อนทรวงอกและลำคอในผู้สูงอายุ 7 ราย (AM27125101, AF 12015204, AM20015206, AM02025209, AM11025211, AF 06125113, AF 18125116) ซึ่งส่วนใหญ่มักมีอาการเกิดขึ้นเป็นระยะๆ แล้วหายไป แต่ก็กลับมาเป็นอีก “เป็นแล้วเป็นอีก เป็นอยู่จ้งซี่หะ” มีผู้สูงอายุเพียง 2 ราย (AM02025209, AF 06125113) ที่มีอาการแสบร้อนบริเวณทรวงอกและคออย่างเฉียบพลัน “มันฮ้อนคอตีขึ้นมาเลย” โดยมีทั้งอาการแสบและร้อนท้องร่วมด้วย “ເຄິງເຈີບເຄິງອ້ອນ” แต่อาการหลักที่พบคืออาการร้อน “ແຕ່ว่าໃຫຍ່ໆນີ້ອ້ອນ มันออกฮ้อน” โดยอาการแสบร้อนทรวงอกดังกล่าว ผู้สูงอายุ 2 รายนี้จะรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงมาก “ແສບหลายฮ้อนหลายว่ามันคอกลิใหม่” และมีอาการอยู่ตลอดเวลา “ເຄິງແສບເຄິງອ້ອນ แสบตลอด จนมาฮอดโรงพยาบาล”

“ที่แรกกะเป็นอืดท้องแน่นท้อง เป็นอึ้ง ๆ มันกะอืดท้องเป็นอือลือ ๆ อยู่...มันกะเป็นคือท้องอืดนี้แหลม เป็นคือมีลมมาดัน ซิเรอกะเรอบ่ออก คือซิดดะกะตด บ่ออก เป็นคือลมคากอยู่ในท้องเป็นอือลือ ๆ เป็นแน่น ๆ อึ้ง ๆ... बादที่นี้ตื่นมือเข้ามามันกะแน่นขึ้นมาอีกดิที่นี้ มันผ่นเป็นแสบท้อง แสบเป็นลำขึ้นมาฮอดคอกนี้ มันເຄິງແສບເຄິງແນ่น แน่นขึ้นแน่นขึ้นขึ้นมาเป็นลำฮอดคอกนี้หะ เป็นออกฮ้อน เป็นแสบบักທຸກ จักหมอเพิ่นเ็นฮยังบุแต่ว่าคนอีสานเขาว่าแสบบักທຸກเนาะ มันกะเป็นแสบ ๆ ชื่นเรื่อย ๆ แสบนำแน่นหน้าอกนำ...มันกะทั้งแสบทั้งแน่นนั่นหะ แสบหลาย” (AM27125101)

2.1.1.7 อาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน

ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่ามีอาการวิงเวียนมาก “เวียนหัวหลาย เวียนแล้วลึฮาก” การอาเจียนมีทั้งอาเจียนอาหารที่รับประทานเข้าไป “อ้าวอาหารที่กินเข้าไปนั่นแหละ” และการอาเจียนที่ไม่มีอะไรนอกจากน้ำลาย “ฮากลมฮากแล้ง” โดยอาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียนมักเกิดขึ้นร่วมกับอาการอื่นหรืออาจเกิดขึ้นหลังจากมีอาการอื่นก่อน เช่น อาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่ออกหรือใจจะขาด “ເປັນເຈີບหน้าอก หายใจไม่ออก ที่นี้ก็เวียน เวียนมากจนจะอ้าว” โดยพบอาการวิงเวียนศีรษะและคลื่นไส้อาเจียนในผู้สูงอายุ 5 ราย (AM 29125102, AM02025209, AF 06125113, AM14125115, AF 18125116)

“กะมีพวนท้องมาหาลิ้นปี่แล้วกะตีสันฮุดคอกนี้หะ...ที่แรกเป็นอาการคือว่านี่หะมันตีสันมาเลยฮ้อนคอกเลย...มันกะฮ้อนตีสันมาเลย คอกนี้ลือฮ้อนแสง...กะເຄິງເຈີບເຄິງອ້ອນนำกันหะครับ แต่ว่าเป็นใหญ่ໆນີ້มันฮ้อน มันออกฮ้อน ออกฮ้อนหลายกว่า อาการใหญ่นี้คือฮ้อนลำคอกนี้หะ...แล้วกะมีหายใจบ่เต็มที ใจลึฮาดอาการหายใจบ่ออกหายใจบ่อิ่มนี้หะ ... หันใจบ่เต็มทีนี้หะ ตากะเริ่มลายแล้ว เวียนหัว เหลียวไปโสกะมืดไปเบิด...มันกะเป็นคลื่นไส้แน่น

แหมเค้าเอน...ฮากลมกะฮากนั้นแหละแต่บ่มีหยังออกมดอก ฮากลมฮากแล้งมีแต่น้ำลายหละออกมาเป็นยางอยู่” (AM02025209)

2.1.1.8 อาการขีดเหลืองและอาการชา

ผู้สูงอายุจะรับรู้และรายงานว่ามีอาการขีดและเหลืองมาก “ขีดหลายเหลืองหลาย” ซึ่งอาการขีดหรือเหลืองดังกล่าวแสดงอาการออกมาทางใบหน้า “หน้าขีดหน้าเหลือง” นอกจากอาการขีดเหลืองแล้ว มีผู้สูงอายุหนึ่งรายที่มีอาการมีนชาที่แขนและขาทั้งสองข้าง “มือกะมีนชาไปหมดจับหยังกะบ่สู้สึก ขานี้เหยียบดินกะบ่สู้ว่าเหยียบ” เป็นที่น่าสังเกตว่าอาการขีดเหลืองที่พบจะไม่เกิดขึ้นเดี่ยว ๆ แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุจะต้องมีความทุกข์ทรมานจากอาการอื่นนำมาก่อนแล้วจึงมีอาการขีดเหลืองแสดงออกมาให้เห็น “ตอนนั้นกะเจ็บหน้าอก เจ็บหลายจนเว้าบ่ได้ เสียกะบ่มี บาดที่นี้เหลียวไปทางใดกะมืดไปหมด ไปไซกะบ่ได้มันเวียนหัว หมูมาเบ็งกะว่าฮ่วยเป็นหยังคือขีดคือเหลืองแท้” โดยพบอาการขีดเหลืองและอาการชาในผู้สูงอายุ 5 ราย (AM 29125102, AF 12015204, AM 06025210, AM 14125115, 23125117)

“ปวดถ่ายลูกสาวกะเลยพาไปถ่าย ปวดถ่ายคัก ๆ ถ่ายกะออกแห่นบ่ออกหลายปานได้...ถ่ายยากอยู่ ได้เบ่งอยู่...กะเบ่งหลายละเว้ย พอออกมากะเป็นปวดถ่ายอีกกะเลยเข้าไปถ่ายบัดที่นี้บัดเป็นเจ็บหัวใจขึ้นมาเลยบัดนี้เจ็บ (เน้นเสียงสูง)...ปวดเวลาเป็นมานี้ฮ่วยว่าแม่นอีหยังแทงพุ้นหละ หันใจเข้าไปแสง ๆ นี้ไอย์แทงเดียดแทงเดียด...เจ็บหัวใจว่าแม่นสิทับให้มันตายพุ้นหละ... กะเจ็บหัวใจเจ็บแสงหลายคือมีอีหยังมาทับ ทับจนสิบให้หันใจ หันใจจนบ่ออก...เจ็บจนใจสิขาด...เวลาหันใจลงไปนี้ เจ็บจนว่าสิบให้คนหันใจพุ้นหละ...เป็นปุบปั๊บขึ้นมาเลย...แล้วปวดร้าวมาเปี้ยงมาน่าไหล่นี้... แล้วกะเมื่อนั้นแหละ จักเป็นหยังบุเป็นเปลี้ยเป็นเมื่อยลิได้ขาวใสไม้ใสฮวบบันโดลงมาเซากะเลยได้มาโซนเอานั่นหละ...ตอนนั้นรู้สึกตัวอยู่ถามหยังกะตอบได้อยู่ แต่มือนี่มีนชาไปหมดเลย มือนี่ไปจับหยังกะบ่สู้จักดอก...มีนชาไปหมดเลย...มือมาลูบกะบ่คือลูบเจ้าของ...มันชานะ มันมีนชาหมดทั้งสองข้าง ขานี้กะยกบ่ขึ้น ขานี้เหยียบดินกะบ่สู้ว่าเหยียบดินนะ มันชาหลายเป็นแล้วกะมาเลย” (AM 06025210)

2.1.1.9 อาการนอนราบไม่ได้

อาการนอนราบไม่ได้มีลักษณะแน่นหน้าอกและหายใจไม่ออกขณะนอนราบ “นอนแล้วมันหอบเมื่อย” และ “มันเป็นแน่นหน้าอกหายใจไม่ออก เป็นจนใจจะขาด” จนผู้สูงอายุต้องลุกขึ้นมานั่งหรือเปลี่ยนอิริยาบถ “นอนต่อไม่ได้ ต้องลุกขึ้นเลย มันหายใจไม่ออก มันแน่นแล้วก็หอบ” และ “ต้องรีบลุก ไม่ลุกมันใจจะขาด จะตาย” โดยมักเป็นขณะนอนหลับในเวลากลางคืน “ประมาณตีสอง” และเป็นที่น่าสังเกตว่าอาการนอนราบไม่ได้มักพบในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวาย โรคหัวใจ และเมื่อเข้ารับการรักษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการตรวจพบภาวะแทรกซ้อนคือ ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (HR07015203, HR20015206, HR20015207, HR18125116, HR23125117) และภาวะช็อกจากหัวใจ (HR07015203,

HR20015206, HR18125116) จากการศึกษาครั้งนี้พบอาการนอนราบไม่ได้ในผู้สูงอายุ 5 ราย (AM07015203, AM20015206, AM20015207, AF 18125116, AF 23125117)

“เจ็บ ๆ แสบ ๆ... มีแต่เจ็บปวดเสียดแทงตามนี้แล้วก็รำวนาตามแขนขา...มันเป็นมาหลายวันแล้ว...มันก็เจ็บทุกวันครับ เจ็บอยู่ตลอด...ตอนเช้านี้ ตอนนี้จะไม่เป็นอะไรเลย ตอนสีโมงก็ไม่เป็นอะไร หกโมงก็ไม่เป็นอะไร หกทุ่มก็ไม่เป็นอะไร ตอนตีสองนี่มักจะเป็น มันมักจะเป็นตอนตีสองกับหกโมง...เป็นทุกวันเวลาตีสองกับหกโมงมันอากาศเย็นด้วยช่วงนี้... มันก็เป็นเจ็บหน้าอกแล้วก็หอบด้วย เป็นเหนื่อยนอนลงไม่ได้ต้องลุกขึ้นมานั่ง...มีหอบเมื่อ นอนไม่ได้ ถ้าจะนอนก็ไม่วางนอนเป็นยังงั้น มันนอนไม่ได้เลย ต้องเปลี่ยนอิริยาบถ ก็นอนไม่ได้ เป็นกระวนกระวาย (AM07015203)

“มีเพื่อนมาวันนั้นเค้าก็ทำอาหารเลี้ยงกัน...พอกินแล้วก็ป็นอึดท้องแน่นท้องกินแล้วมานั่งคุยกับเพื่อนก็รู้สึกตัวอึดท้องแน่นท้อง...ที่นี้มันแน่นแต่ก่อนนี้มันแน่นนอนแล้วก็หาย เป็นแล้วก็หายแต่ที่นี้มันไม่หาย ...มันแน่นแล้วก็ชอบไอ...อึดอึดนี้มันหายใจไม่ออกเหมือนใจจะขาด เราก็ว่ามันไม่ไหวนะมันใจจะขาด เดินก็ยังแป๊บ ๆ อยู่ มันไม่ไหวแล้วมันไม่เหมือนเดิมเป็นแล้วไม่หายซักทีก็เลยได้รับมา แต่ก่อนเป็นสองสามนาทีก็นอนแต่ครั้งนี้ไม่หายเลย...ตอนเริ่มมีอาการเราก็เข้าไปนอน นอนอยู่แล้วเป็นแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกจนว่าได้ลุกนอนไม่ได้เลย นอนแล้วมันจะหายใจไม่ออก มันเหมือนใจจะขาด...ประมาณตีสองนี้แหละมันไม่ไหวแล้วนอนก็ไม่ได้ก็เลยได้พากันมา เข้านอนพอนอนลงก็หายใจไม่ออกก็เลยพากันมาเลย” (AM20015206)

2.1.1.10 อาการสับสน

อาการสับสนที่พบมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว การสื่อสาร “รู้สึกตัวแต่คุยไม่รู้เรื่อง...แล้วก็ฟุบไป” เอะอะโวยวาย ร้องตะโกน คุ่มคลั่ง และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ “ร้องโวยวายจะกระโดดลงจากรถ” ทำให้มีการรับรู้ว่าผู้สูงอายุมีอาการหนักมาก “เป็นมากจนว่าคลุ้มคลั่ง” หรือ “เป็นหนัก เป็นหลายจนไม่รู้เรื่องคุยไม่รู้เรื่อง แล้วก็รู้สึกตัว” และเป็นที่น่าสังเกตว่า อาการสับสนที่พบจะเกิดขึ้นพร้อมกับหรือเกิดขึ้นหลังจากมีอาการอื่นนำมาก่อนซึ่งได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก “ตอนนั้นแน่นหน้าอกแล้วก็หายใจไม่ออก” และ “เป็นระหว่างขึ้นรถมาโรงพยาบาลแก็โวยวาย” ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุ 2 ราย (AM13015205, AF 02125112) ที่มีอาการสับสน

“มันเหนื่อย เหนื่อยแล้วค่อยซ็อกไป...ก็เหนื่อยหายใจไม่คล่องนี้แหละ...มันกะเหนื่อยเหมือนคนทำงานหนักนี้แหละ ทำงานหนักมากมันเหนื่อยมาก...ตอนนั้นก็แน่นหน้าอกอยู่ แน่นหน้าอกแล้วหายใจไม่ออก ที่นี้เลยมาโรงพยาบาล แล้วหายใจไม่ออก แล้วก็เหวี่ยงแตกออกจนได้ถอดเสื้อ... เหงื่อแตกออกตามร่างกายนี้ครับรู้สึกตัวร้อน ขนาดรถเราวิ่งไปแรง ๆ มีลมแรง ๆ ก็ยังร้อน ก็จนได้ถอดเสื้อแต่พอถอดเสื้อแล้วยังร้อนอยู่ทุรนทุราย อยู่บนรถระหว่างมาโรงพยาบาลก็โวยวายอันนี้ลูกบอกนะ เราไม่รู้เรื่องลูกมาเล่าให้ฟังทีหลัง เค้าว่ามีแต่ร้อง

ไววายว่าหายใจไม่ออก กุหายใจไม่ออก แล้วก็ทุรนทุราย อะอะไววาย...ไม่รู้เรื่อง รู้สึกตัวแต่
 คุยไม่รู้เรื่อง เป็นไปเป็นมาก็กลายเป็นเหมือนคลุ้มคลั่งจะโดดรถ ไววายแล้วก็โดดลงจากรถ
 ลูกได้คุมไว้ ไววายอย่างเดียวแล้วก็ฟูไปว่านั่นแหละ” (AM13015205)

การศึกษาลักษณะการเกิดอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 เฉียบพลันทั้ง 10 อาการพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาคั้งนี้ไม่ได้มีอาการเดี่ยวๆเกิดขึ้นเพียง
 ลำพัง แต่จะรับรู้ว่ามีอาการหลากหลายอาการหรือเป็นกลุ่มอาการเกิดขึ้นพร้อมกัน โดยแต่ละ
 อาการจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันและเกิดขึ้นร่วมกัน “ถึงเจ็บถึงแน่น” หรือ “แน่นท้องแล้ว
 กะเมื่อยทั้งวัน” รวมทั้งบางอาการอาจส่งผลถึงกันและกัน “แน่นท้องดันขึ้นมาจนเจ็บหน้าอก”
 หรือ “แน่นหน้าอกจนจะพาลหายใจไม่ออก” ลักษณะการเกิดอาการสามารถเกิดแทรกขึ้นขณะที่มี
 อาการอื่นอยู่ หรือเป็นอาการที่มีอยู่เพียงเล็กน้อยนำมาก่อนแล้วค่อยทวีความรุนแรงมากขึ้น
 นอกจากนี้อาการดังกล่าวยังอาจมีความรุนแรงและเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันเลยก็ได้ ซึ่งการเกิด
 อาการสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งขณะทำกิจกรรมที่ออกแรงและไม่มีการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงก็ได้

2.1.2 กลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาพบว่าอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน
 ผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นเป็นกลุ่มอาการ โดยอาการที่ผู้สูงอายุรับรู้มี 10 อาการ ซึ่งเมื่อทำการศึกษา
 ตั้งแต่ผู้สูงอายุเริ่มรับรู้อาการจนกระทั่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถแบ่งออกได้เป็น
 2 ส่วน 5 กลุ่มอาการ คือ 1) กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นก่อนมาโรงพยาบาล ประกอบด้วย กลุ่มอาการ
 เป็น ๆ หาย ๆ ที่มักเกิดขึ้นซ้ำ ๆ นำมาก่อน และกลุ่มอาการเป็นตาดายที่มักเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด
 และทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความรุนแรงจนทำให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษา 2) กลุ่มอาการที่เกิดขึ้น
 ขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ กลุ่มอาการไม่ดีขึ้น “ช้าเก่า” ซึ่งมีอาการเท่าเดิมเหมือนอยู่ที่
 บ้าน และ “คึกกว่าเก่า” คืออาการที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น กลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท
 “ไคขึ้นแต่บ่เซาขาด” ที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นแต่ยังคงหลงเหลืออาการบางอย่างอยู่แต่อยู่
 ในระดับเล็กน้อย และ กลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย “ไคขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย”
 เป็นกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นเหมือนไม่เคยผ่านการเจ็บป่วยมาก่อน โดย
 การเกิดกลุ่มอาการทั้งก่อนและขณะเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยได้ข้อค้นพบย่อยเกี่ยวกับอาการ ความ
 รุนแรง การรับรู้สาเหตุและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งรายละเอียดข้อค้นพบมีดังนี้

2.1.2.1 กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นก่อนมาโรงพยาบาล

1) กลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ

กลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ หมายถึง กลุ่มอาการที่
 ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีลักษณะเป็นแล้วหาย หายแล้วกลับมาเป็นอีก ซึ่งอาการที่มักพบคืออาการทาง
 ช่องท้องซึ่งได้แก่ อาการแน่นอึดอัดในช่องท้องและอาการแสบร้อนทรวงอกและลำคอ โดยกลุ่ม
 อาการทางช่องท้องมักทำให้ผู้สูงอายุและญาติคิดว่ามีสาเหตุมาจากโรคกระเพาะอาหาร อาการที่
 เกิดขึ้นผู้สูงอายุและญาติจะรับรู้และรายงานว่ามีอาการไม่คอยรุนแรง พออยู่ได้ หรือบางอาการจะ

มีอยู่ช่วงหนึ่งนับเป็นนาทีเท่านั้น จึงมีการจัดการด้วยตนเองแบบโรคกระเพาะอาหาร ทำให้มีอาการหายไประยะหนึ่งแต่ก็กลับมาเป็นอีก อย่างไรก็ตามการหายของอาการอาจเกิดจากการได้รับการจัดการเบื้องต้น หรืออาจหายไปเองโดยไม่ได้จัดการอะไรเลยก็ได้ ระยะเวลาการเกิดกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ ดังกล่าวอาจเกิดขึ้นนานหลายวัน หลายสัปดาห์หรือนานหลายเดือนแล้วแต่บุคคล ซึ่งผลการศึกษาระยะที่มีกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุ 12 รายรับรู้ว่ามีอาการเกิดขึ้นซ้ำ ๆ หลายครั้ง (AM27125101, AM07015203, AF 12015204, AM20015206, AM20015207, AF 24015208, AM02025209, AM11025211, AF 06125113, AF 08125114, AF 18125116, AF 23125117) ประกอบไปด้วยอาการ 6 อาการที่มักเกิดขึ้นร่วมกันเป็นกลุ่มอาการ ได้แก่ อาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง อาการแสบร้อนบริเวณทรวงอกและ อาการแน่นหน้าอก อาการนอนราบไม่ได้ อาการหอบหายใจไม่สะดวกและอาการเหนื่อยเมื่อยล้า โดยลักษณะการเกิดอาการมักจะเป็น ๆ หาย ๆ เกิดขึ้นซ้ำ ๆ เปลี่ยนแปลงขึ้นลงอยู่ตลอดเวลา “เป็นอยู่สู่มื้อลิเซากะบ่เซา” หรือ “เป็นแล้วกะเซา เซาแล้วกะเป็นอีก” แม้บางอาการจะหายไปแต่กลับพบว่าจะไม่หายขาด กล่าวคือผู้สูงอายุจะมีอาการกลับมาเป็นอีกซ้ำ ๆ หลายครั้ง “มันกะเป็นแล้วหายหายแล้วกลับมาเป็นอีกนี่หละ เป็นมากะกินยาแล้วกะเซาแล้วกะมาเป็นอีก เป็นบ่เซาขาด” นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักจะรายงานว่ามีอาการมาก่อนแล้วระยะหนึ่ง “ผมเริ่มสังเกตนี้เริ่มเป็นตอนตรุษจีนก่อน”, “สามสี่มือก่อนนี่กะเป็น” “ตอนแรกนี่มันเป็นจิงขึ้นกะก่อนลิมา” หรือ “ก่อนลิเจ็บแสบก่อนลิได้มานี่มันกะเป็นแน่นท้องก่อนนั่นหนา” ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดขึ้นนานหลายวัน หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน “เป็นหลายมือยู่ก่อนลิเป็นแสบ”, “เรื่องแน่นมันแน่นอยู่สู่มื้อ สองสามมือมานี่มันกะแน่นตลอดหละครับ” หรือ “มันกะเป็นจิงชื้ออยู่ช่วงหนึ่งนี่หละก่อนลิเป็นแสบ”

ผู้สูงอายุที่มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ จะไม่ได้เกิดอาการเดี่ยว ๆ เป็นอาการใดอาการหนึ่ง แต่จะรับรู้ว่ามีอาการหลากหลายอาการหรือเป็นกลุ่มอาการนามาก่อน โดยกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นร่วมกัน “เถิงเจ็บเถิงแน่น” หรือ “แน่นท้องแล้วกะเมื่อยทั้งวัน” หรืออาจส่งผลถึงกันและกันก็ได้ “แน่นท้องดันขึ้นมาจนเจ็บหน้าอก” หรือ “แน่นหน้าอกจนจะพาลหายใจไม่ออก” และเป็นที่น่าสังเกตว่าบางอาการที่เกิดขึ้นเช่น อาการแน่นอึดอัดในช่องท้องมักพบในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน (AM27125101, AM07015203, AM20015207, AF 24015208, AF 08125114, AF 23125117) ความดันโลหิตสูง (AM27125101, AM20015206, AM20015207, AF 24015208, AF 06125113, AF 18125116) และน้ำในถุงน้ำดี (AM11025211) อาการนอนราบไม่ได้มักพบในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตวายและโรคหลอดเลือดหัวใจ

ในระยะที่มีกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ นี้ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของอาการเพียงเล็กน้อย “เป็นไม่มาก, บ่สุขสบาย, คิดว่าธรรมดาพอยู่ได้, กะว่าบ่เป็นหยั่ง เป็นพอรำคาญ หรือ เจ็บแล้วหาย พอยู่ได้” เนื่องจากอาการดังกล่าวไม่ได้รับกวนความสบายและไม่ได้สร้างความทุกข์ทรมานต่อผู้สูงอายุมากนัก รวมทั้งอาการดังกล่าว

ยังสามารถบรรเทาลงได้เป็นระยะ นอกจากนี้อาการที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งเป็นอยู่เพียงระยะสั้น ๆ “เจ็บหน้าอกแป๊บ ๆ สี่ห้านาที” แล้วหายไป “เป็นแล้วหาย หายแล้วกลับมาเป็นอีก” อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตมากนัก “แน่นหน้าอกนอนบ่นได้ นอนแล้วหายใจไม่ออกต้องลุกขึ้นมาเลย เปลี่ยนอิริยาบถ... จักหน่อยค่อย ๆ นอนลงใหม่ กะนอนได้อยู่” ถึงแม้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมแต่ก็ยังสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ “เมื่อยหลายลำหลายแต่ปั่นจักรยานเที่ยงอยู่” นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุรับรู้สาเหตุของอาการว่าเป็นอาการของโรคกระเพาะ ซึ่งเป็นโรคที่ไม่รุนแรง รวมทั้งการรับรู้ว่าเป็นอาการธรรมดาที่พบได้ในผู้สูงอายุหรือมีสาเหตุมาจากความสูงอายุ “คนแก่ก็แบบนี้แหละเจ็บออด ๆ แอด ๆ” หรือ “ก็ปกติคนแก่เมื่อยล้ามากบ้างน้อยบ้าง” ผู้สูงอายุจึงมักจะรายงานว่าอาการดังกล่าวเป็นไม่มาก อยู่ในระดับที่ทนได้ “บ่นได้” และไม่ได้รุนแรง “บ่นเป็นหยัหลาย” ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความรู้สึกต่ออาการที่เกิดขึ้นเพียงทำให้ “หงุดหงิด รำคาญ” หรือ “ใจ้ายใจสูญ” ได้ง่ายกว่าปกติเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น “เป็นลูกเหวี่ยงกะบ่เข้าหู มันหงุดหงิด หลานหยอกกันนี่กะเป็นอยากไล่ รำคาญง่าย” นอกจากนี้การรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการธรรมดาที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุและญาติแสดงความรู้สึกต่ออาการว่าไม่ได้หนักหนาอะไร “หอบซื่อ ๆ บ่นเป็นหยั” แต่กลับคิดว่าเป็นอาการธรรมดาที่พบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ “กะเมื่อยกะล้าเป็นธรรมดานั้นแหละ” ดังที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า

“มันกะบ่เป็นหลายดอกแต่มันกะเป็นบ่สุขสำบายนั้นหนา เป็นพอเฮารำคาญ พออยู่ยาก เป็นมาเฮากะหงุดหงิดรำคาญเนาะเพราะว่าเดี๋ยวมันกะเป็นเดี๋ยวมันกะหายเดี๋ยวกะเป็นอีก” (AM27125101)

“มันกะใจบ่ดีนั้นแหละ...มันกะหงุดหงิด เป็นใจ้ายใจสูญ...กะเอาหลานดูแลหลานด้วยแหละ เพราะบ่มีคนเอา กะด่าลูกด่าหลานบ้างแหละเวลามันเจ็บมาถ้ามื้อได้บ่เจ็บแสบกะไคไหน มื้อเจ็บแสบกะด่าลูกด่าหลาน” (AF12015204)

“มันก็เป็น ๆ หาย ๆ เจ็บหน้าอกก็บอกว่าเจ็บไม่มาก เจ็บไม่นานก็หาย คือมันเจ็บแป๊บเดียวไม่ถึงห้านาที...ไม่นานเป็นสองสามนาทีก็หาย” (AM20015206)

“เป็นหยัช้อยคือเมื่อยคือล้าแท้ เมื่อยอยู่ตลอดแท้ เราก็ได้คุยกันอยู่คุยกันว่าคือเมื่อย เป็นหยัคือเมื่อย แต่ลูกกับตานี้กะว่ามันเป็นอาการปกติที่บางทีก็เมื่อยล้ามากบ้างน้อยบาง คนแก่ก็แบบนี้ ออด ๆ แอด ๆ เฒ่าแล้วมันกะลิมมีเมื่อยมีล้าเป็นธรรมดานั้นแหละ กะสิให้คือคนหนุ่มกะบ่เม่น กะเลยเว้ากันว่าจังซั่น” (AF 21025213)

ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ จะมีการรับรู้สาเหตุของอาการเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุและกลุ่มที่ทราบสาเหตุของอาการ โดยกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ (AM27125101, AF 12015204, AF 18125116) จะรายงานว่าไม่ทราบสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นเลย “จักเป็นหยั” หรือ “บ่ฮู้ว่าเป็นหยั” เนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการ

ค่อนข้างหลากหลาย “เป็นหลายแนว” หรือ “เป็นไปทั่ว” จึงทำให้เกิดความสับสนและไม่สามารถระบุสาเหตุของอาการได้ ส่วนกลุ่มที่ทราบสาเหตุ (AM27125101, AM07015203, AM20015206, AM20015207, AF 24015208, AM02025209, AM11025211, AF 06125113, AF 08125114, AF 23125117) มีการรับรู้สาเหตุของอาการหลายอย่างได้แก่ เกิดจากมีลมในช่องท้อง เป็นโรคกระเพาะอาหาร เกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น เกิดจากน้ำยาฟอกไต เกิดจากอากาศเย็น เกิดจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน นีวในถุงน้ำดี และสุดท้ายคือความสูงอายุ โดยการที่ผู้สูงอายุและญาติมีการรับรู้สาเหตุดังกล่าวเนื่องจาก 1) ผู้สูงอายุมีการรับรู้ตามอาการที่เกิดขึ้น “กะว่ามันไปตามอาการ มันแสบมันแน่นกะว่ากระเพาะ” และ “มันไม่ใช่โรคหัวใจ อาการแบบนี้มันอาหารไม่ย่อย” 2) ตามตำแหน่งที่เกิดอาการ ถ้าอาการดังกล่าวเกิดขึ้นกับระบบใดก็จะสันนิษฐานว่ามีความผิดปกติของระบบนั้น “กะมันเกิดอยู่ท้อง เนาะกะคือสิเกี่ยวกับท้อง” 3) จากการสังเกตเหตุการณ์พ้องเช่น สังเกตว่ามีอาการขณะใส่น้ำยาฟอกไต “มันเป็นตอนใส่น้ำยา น้ำยาก็เย็นอากาศก็เย็นเลือดก็เลยจับกันเป็นก้อน ไหลไม่สะดวก” เมื่อมีอาการช่วงดึกและเช้านี้รุ่งเช้าอากาศค่อนข้างเย็น “ตอนดึก ๆ อากาศเย็นเลือดมันจะแข็งตัว ไหลเวียนไม่สะดวก” เมื่อมีอาการขณะวัดความดันแล้วพบว่าความดันโลหิตสูง “คิดว่าเป็นความดันเพราะตอนนั้นวัดความดันมันก็สูงเกือบสองร้อย” เมื่อกินอาหารไม่เลือกจึงอาจมีอาการจากน้ำตาลในกระแสเลือดสูง “ตอนนั้นกินไม่เลือก” เมื่อทานอาหารหลายชนิดจึงคิดว่ากินอาหารผิด “หรือว่าเพราะกินอาหารผิดตอนนั้นกินหลายอย่างแกลงไม่อิ่ม ปลาหมึก ลาบเปิด” 4) จากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง นีวในถุงน้ำดี “กะว่าเกิดจากเบาหวานเพราะว่าลาวกะเป็นอยู่” 5) ธรรมชาติของความสูงอายุ “ลาวกะสิเฒ่าหน่อยละ” หรือ “เฒ่าแล้วบ่คือหนุ่มสาว” 6) การเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิม โดยผู้สูงอายุบางคนเมื่อมีอาการเจ็บปวดท้องหรือหน้าอก เมื่อใช้วิธีการกดหรือล้างบริเวณดังกล่าวแล้วอาการดีขึ้น ผู้สูงอายุจะรายงานว่าการใช้แรงกดทำให้อาการดีขึ้น และเชื่อมโยงกับประสบการณ์เดิมว่าการกดแล้วปล่อยเป็นการกระตุ้นการสูบฉีดของเลือด การสูบฉีดเลือดทำให้อาการเจ็บหน้าอกหายไป ดังนั้นอาการเจ็บหน้าอกหรือเจ็บท้องน่าจะเกิดจากปัญหาของการสูบฉีดเลือดซึ่งเป็นหน้าที่ของหัวใจ ผู้สูงอายุจึงประเมินว่าอาการดังกล่าวเป็นความผิดปกติของการสูบฉีดเลือดของหัวใจไม่ใช่ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร “กะว่าเป็นหัวใจ เพราะว่าหยั่งว่าติ เพราะยามมันเป็นยายเอามือจกแบบนี้มันบาดเข้านั้นหนา เขาจกมันกะไปกระตุ้นหัวใจ เขากะเลยว่าหือแม่นหัวใจกูบิบบ่น้อ เลือดมันบ่สูบฉีดมันเลยเจ็บ” 7) เชื่อตามบุคลากร ผู้สูงอายุและญาติจะมีการรับรู้สาเหตุตามที่ได้รับข้อมูลหรือได้รับการวินิจฉัยจากบุคลากรด้านสุขภาพ “หมออนามัยบอก” 8) ประเมินจากผลการจัดการอาการแล้วไม่ดีขึ้น ผู้สูงอายุบางรายที่คิดว่าเป็นโรคระเพาะและมีการดูแลรักษาแบบโรคระเพาะแล้วอาการไม่ดีขึ้น ก็จะเปลี่ยนความคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่อาการของโรคระเพาะอาหาร “ตอนแรกกะว่าเป็นกระเพาะ แต่ถ้าสิว่าโรคระเพาะกินยาแล้วคือบ่เซาจักเทื่อ กะเลยว่ามันบ่แม่นโรคระเพาะแล้วตัวนี้” ซึ่งการรับรู้สาเหตุดังกล่าวทำให้

ผู้สูงอายุไม่คิดว่าอาการที่เกิดเป็นอาการผิดปกติของหัวใจ โดยผู้สูงอายุได้สะท้อนเงื่อนไขในการรับรู้สาเหตุว่า

“แต่ว่าที่แรกผมกะว่ากระเพาะนั้นหละ กะย้อนว่ามัน แสบท้องแน่นท้องหลาย...มันกะเป็นแน่นท้องเนาะเฮาจะว่ามันสิเกี่ยวกับท้องกับลม กะสิแมน กระเพาะคือหมอย่อยนามัยว่านั่นแล้ว...เฮาจะบ่มีความรู้เนาะ กะว่ามันไปตามอาการ มันแสบมันแน่นกะสิบ่แมนกระเพาะบ่ คิดพ้อแนวเดียนั้นหละ” (AM27125101)

“เป็นเบาหวาน เป็นจากเบาหวาน...ก็เราเป็นมา เรา เป็นมาอยู่ก่อนแล้ว...คิดว่าจากเบาหวาน...ไม่รู้แต่เป็นเบาหวานอยู่แล้ว มันเป็นหายใจไม่ออก ไม่รู้ เกี่ยวกันยังงี้” (AF 24015208)

“กะสิว่าจิงได้ กะเฒ่าแล้วกะสิเมื่อยซื่อ ๆ ดอก เว่าให้ตา ฟังลาวกะบอกให้นั่งพักชะ เฒ่าแล้วสิให้แข็งแรงตึงตังคือผู้หนุ่มผู้สาวบ่ได้ดอก...กะสิเป็นหยั่ง กะ ว่าแก่แล้วเฒ่าแล้วเนาะ ตอนนี้นั้นกะแปดสิบกว่าแล้ว อายุมันกะบ่แมนน้อย ๆ แล้วกะสิมีแทนหละ มีเมื่อยมีล้าเป็นธรรมดา ไอคอก ๆ แดกหายใจกะสิบ่ตีป่านได้” (AF07125113)

2) กลุ่มอาการเป็นตาตาย

กลุ่มอาการเป็นตาตาย หมายถึง กลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุ รับรู้ว่ามีความรุนแรงมาก เป็นหนัก เป็นตาตาย จะตาย ลิตาย สิบยัง ปล่อยไว้นานอาจเสียชีวิต ไม่ เป็นตาอยู่ จนต้องได้รับการดูแลจากบุคคลากรผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากในกลุ่มอาการดังกล่าวมี อาการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่า เป็นอาการที่แสดงถึงการกำลังจะเสียชีวิตหรืออาจเสียชีวิตหากไม่รับเข้ารับ การรักษา เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหงื่อแตกและหายใจเหนื่อยหอบจนทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าใจจะขาด ผู้สูงอายุและญาติจึงตัดสินใจรีบเข้ารับการรักษา ซึ่งระยะนี้จะมีหลาย ๆ อาการ เกิดขึ้นร่วมกันและบางอาการมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันหรือส่งผลถึงกัน โดยอาการที่เกิดขึ้นอาจ เกิดขึ้นแทรกขณะที่มีอาการอื่นอยู่ หรือเป็นอาการที่มีอยู่เพียงเล็กน้อยนำมาก่อนแล้วค่อยทวีความ รุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ อาการดังกล่าวอาจมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นมาอย่างเฉียบพลันเลยก็ได้ ซึ่งสามารถเกิดอาการได้ทั้งขณะทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงและขณะที่ไม่ได้ทำกิจกรรมก็ได้

กลุ่มอาการเป็นตาตายพบในผู้สูงอายุ ทั้ง 17 ราย ซึ่ง พบว่ามีการเกิดอาการในหลายลักษณะทั้งที่เกิดแทรกขึ้นขณะมีอาการอื่นอยู่ “แน่นท้องกะแน่นอยู่ สุ่มมือ แน่นตลอดบาดเข้ามามัดแสบทุก แสบหลาย” เกิดขึ้นทันทีทันใด “เจ็บหน้าอกเป็นปั๊บปั๊บ ขึ้นมาเลย” และมักรุนแรงขึ้นตั้งแต่เริ่มมีอาการ “เป็นมากะเป็นแสลงเลย เจ็บจนสิบให้ทันใจ” หรือ ค่อย ๆ มีอาการรุนแรงขึ้นหลังจากที่มีอาการเป็น ๆ หาย ๆ นำมาก่อน “สองสามมือกะแน่น หน้าอกอยู่ แต่ว่าแน่นแล้วหายแต่มีอีนี่แน่นบ่หาย เจ็บหลาย” กลุ่มอาการเป็นตาตายนี้ผู้สูงอายุมัก รับรู้ความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะแรก และยังเป็นอาการนำ ผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล ซึ่งอาการเป็นตาตายที่พบในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่จะเป็นอาการเจ็บ แน่นหน้าอก อาการหายใจลำบากหายใจไม่อิ่มหรือใจจะขาดและอาการเหงื่อแตก ส่วนอาการอื่น ๆ

ที่พบร่วมได้แก่ อาการวิงเวียนศีรษะหน้ามืด อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการเหนื่อยเมื่อยล้า อาการซัดเหลียงและชา อาการสับสนฉับพลัน อาการนอนราบไม่ได้ อาการแน่นอึดอัดในช่องท้องและอาการแสบร้อนทรวงอก โดยอาการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นตายนั่นเป็นกลุ่มอาการ ซึ่งมีหลายๆอาการเกิดขึ้นร่วมกัน เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกพร้อมกับมีอาการวิงเวียนศีรษะและคลื่นไส้อาเจียน หรือ มีอาการแน่นอึดอัดในช่องท้องส่งผลให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ใจจะขาด เหงื่อแตกจนทำให้เกิดอาการสับสนฉับพลัน

การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการเป็นตายเป็นที่พบว่าผู้สูงอายุรับรู้มาก่อนข้างรุนแรง “เป็นหลาย” หรือ “กะว่าเป็นแสง” และสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก “ทรมานทุรายตื่นไปตื่นมา” หรือ “นอนกะบได้ บิดหน้าบิดหลัง” อาการที่รุนแรงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุคิดว่ากำลังจะเสียชีวิต “เป็นตายนะ” “คิดว่าสียตาย” “หนักเต็บ มันบ่ไหว มันสียตาย” “คิดว่าจะไม่รอดด้วยซ้ำ” หรือ “ว่าสียบ่ยัง” เนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการรุนแรงตั้งแต่เริ่มแรก “เป็นมากจะเป็นแสงเลย” หรือการเกิดอาการเป็นครั้งแรก “เป็นหลายเพราะแถมไม่เคยเป็นอย่างนี้นะ ไม่เคยเป็นมาก่อน” อาการที่เกิดขึ้นสร้างความทุกข์ทรมานต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก “ทรมานทุรายตื่นไปตื่นมา” “ว่าแม่นคอสสิไหมพุนหละ” “นอนกะบได้บิดหน้าบิดหลัง” หรือ “เป็นแสงตัวมันหายใจบ่ออก ใจสียขาด” บางอาการเป็นอาการของคนที่กำลังจะเสียชีวิต “เหงื่อแตกชะๆเป็นจนว่าตายออก” มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม “วินจนได้อยู่กับม่อง (วิงเวียนศีรษะจนไปไหนไม่ได้)” การมีระดับความสามารถลดลงและอ่อนแรงลงเรื่อยๆจนหมดสติ “เป็นหลายจนไม่รู้สีกตัว แป็บเดียวก็ไปเลย” หรือ “กลายเป็นคลุ้มคลั่ง...เป็นจนฟุบไป” การบอกเล่าจากบุคลากรทางสุขภาพและการปฏิเสธการรักษา “หมอว่ายายซิดหลายเพิ่นเลยบ่กล้าสียตาย” รวมทั้งการส่งต่อการรักษา “เป็นหลายจนเพิ่นให้ไปโรงพยาบาล” ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุและญาติประเมินว่าผู้สูงอายุมีอาการเป็นตาย ผู้สูงอายุและญาติจึงแสดงความรู้สึกต่ออาการดังกล่าวในลักษณะของ ความรู้สึกตกใจ “ก็ตกใจ แถมไม่เคยเป็นอย่างนี้” ความกังวล “กังวลว่ามันจะหายไหมหนอ” ความรู้สึกกลัว “ย่าน ย่านตาย กะคิดว่าเจ้าของสียตาย” หรือ “ว่าสียบ่ยังพุนหละ” “กลัวเพราะเจ็บไม่หาย” จึงแสดงออกโดยการร้องไห้ออกมาโดยไม่มีเหตุผลหรือวัตถุประสงค์ในการร้องนั้น “ไม่รู้ว่ร้องอะไรแต่ร้องไปทั่ว” หรือ “กะร้องไปทั่ว ไม่มีความหมาย” ซึ่งอาการที่มักทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่ารุนแรงและกำลังจะเสียชีวิตคืออาการเจ็บหน้าอก “เจ็บหน้าอก เจ็บหลาย” อาการเหงื่อแตก “เหงื่อกะฟาดออกๆแตกชะๆว่าแม่นยงตาย” อาการหายใจเหนื่อยหอบจนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าใจจะขาด “ใจสียขาด หายใจบ่ทัน” และระดับความรู้สึกตัวลดลง “มันจะวูบแล้ว” ดังที่ผู้สูงอายุและญาติให้ข้อมูลว่า

“เป็นตายนะ ...ถ้าบ่ไปกะสียตายแท้ๆ ปล่อยไว้บ้านกะสียตายคักๆ...มันกะเป็นหลายหละครับ มันสียตาย มันใจสียขาด เจ็บหลายหายใจกะบ่ทัน เหงื่อกะฟาดออกกะชันปานว่าตาย...ยงตายนี้มันกะเป็นเหงื่อเหนียวๆคือคนกำลังสียตายนี้หละ คนสียตายกะ

ตายกะลิมียางตายออกเหนียว ๆ เมียก ๆ กะเลยวาสิตายคัก ๆ พุ้นหละกะเลยพากันฟ้าวไป” (AM27125101)

“เพิ่นว่ายายชิตยายเหลืองหลาย...เพิ่นว่ายายชิต ยายเหลืองจนหมอนามัยเพิ่นบ่กล้าฉิตยา...กะเลยไปคลินิก เอารถน้องชายมาคลินิกปากทาง มาจอดหมอกะว่าชิตเพิ่นกะบ่กล้าฉิตกะว่าให้ไปโรงพยาบาลโพนพิสัย” (AF 12015204)

“ก็ว่ามันเป็นมากนะครับ ดูอาการแล้วแก็เป็นมากจริง ๆ เป็นเหมือนจะไม่รอด...ก็อย่างอาการที่เล่าณะครับเป็นเจ็บหน้าอกหายใจไม่ออกเป็นมาก เป็นเหมือนจะขาดใจแล้วก็ฟุบไป เป็นจนฟุบไป เป็นไปเป็นมาก็กลายเป็นเหมือนคลุ้มคลั่งจะโดดรถก็เลยคิดว่าเป็นรุนแรงเลยได้พากันรีบมา... ตอนนั้นก็ตกใจมากเพราะว่าแก็ไม่เคยเป็นอย่างนี้ ตอนนั้นก็คิดว่าจะตายนะนี้ คิดว่าจะไม่รอดด้วยซ้ำเราก็อ่าว่าจะไม่รอดด้วยซ้ำเพราะว่ามันก็เป็นรุนแรงนะเราไม่เคยเห็นเป็นแบบนี้เลย” (CM 15015205)

ระยะนี้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สาเหตุของอาการเป็นตาดตาย เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุและกลุ่มที่ทราบสาเหตุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) กลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุ พบในผู้สูงอายุจำนวน 7 ราย

(AM27125101, AM29125102, AM13015205, AM20015206, AM02025209, AM06025210, AF 08125114) ผู้สูงอายุและญาติกลุ่มนี้จะไม่สามารถระบุได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากสาเหตุใด “บ่รู้ว่าเป็นหยัง” หรือ “มันคือเป็นจิงซี่ เจ็บคักเจ็บแหนจักกว่าเป็นย่อนหยัง” ดังที่ผู้สูงอายุและญาติให้ข้อมูลว่า “ไม่ฮู้เหมือนกัน ไม่เคยเป็นมันเดาไม่ถูก รู้แต่ว่าเป็นมากต้องรีบมา” (AM 29125102) และ “จักว่าเป็นอีหยัง...เจ็บคักเจ็บแหน จะจักว่าเจ็บจากหยังกะว่าป็นหยังคือเจ็บแท้เจ็บหัวใจ” (AM 06025210) การที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ทราบสาเหตุของอาการเนื่องจากมีอาการครั้งแรก “เป็นครั้งแรก” หรือ “กะบ่เคยเป็นเนาะ เกิดมาบ่เคยเป็นจักเทื่อ” อาการที่เกิดขึ้นเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว “ปั๊บปั๊บทันได้คิด” และรุนแรง “อยู่ดี ๆ ก็เป็นพอเป็นก็ป็นหนักเลย” ทำให้ต้องรีบนำตัวส่งโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วนจนไม่มีเวลาดันหาสาเหตุของอาการ “มันเป็นเร็วมาก...ไปโรงพยาบาลก็จะรู้เอง” นอกจากนี้อาการที่เกิดขึ้นไม่เฉพาะเจาะจงกับระบบใดเลย และไม่มีเหตุการณ์พ้องที่จะสามารถเชื่อมโยงว่าเป็นสาเหตุของอาการได้ พบได้ในอาการเหงื่อแตก “เหงื่อแตกกะจักสิเกี่ยวกับหยังแหลว” และอาการคลื่นไส้อาเจียน “กะจักสิเกี่ยวกับหยัง” หรือ “กะบ่ได้กินหยังนะก่อนเป็น มีแต่เวียน วิงเวียน” ซึ่งอาการทั้งหมดที่พบในกลุ่มที่ไม่ทราบสาเหตุได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการแน่นหน้าอกนอนราบไม่ได้ อาการชิตเหลืองและชา อาการเหงื่อแตก อาการคลื่นไส้อาเจียนและวิงเวียนศีรษะ และอาการเมื่อยหรือรู้สึกล้า

(2) กลุ่มที่ทราบสาเหตุ พบในผู้สูงอายุจำนวน 10 ราย

(AM07015203, AF 12015204, AM20015207, AF24015208, AM11025211, AF 02125112, AF 06125113, AM 14125115, AF 18125116, AF 23125117) โดยผู้สูงอายุและญาติรับรู้สาเหตุของ

การเกิดอาการจาก 2 สาเหตุคือ 1) รับรู้ว่ามีสาเหตุมาจากโรคหัวใจหรือมีความผิดปกติของหัวใจ “คิดว่าเป็นโรคหัวใจ” หรือ “โรคหัวใจบับนียด” ซึ่งการรับรู้สาเหตุดังกล่าวจะพบในผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากมีอาการเกิดขึ้นที่ตำแหน่งของหัวใจ “กะมันเป็นอยู่หัวใจ” และเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัวใจและกำลังรักษาตัวอยู่ “กะเป็นโรคหัวใจอยู่ รับยาตลอด” หรือ “เป็นอันเดิมแน่น อาการเดิมกำเริบ” รวมทั้งการได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ “มันคือหมอว่าตัวเนี่ย เป็นหัวใจมันลิแน่นหน้าอก” จากประสบการณ์การสังเกตสภาพแวดล้อมเช่น อากาศเย็น “ตอนนั้นก็คิดกะคิดว่าอากาศเย็นมากเลือดกะคงเดินไม่สะดวก” จากการสังเกตอาการรวมทั้งผลจากการจัดการอาการที่ทำให้อาการดีขึ้นแล้วเชื่อมโยงความรู้เดิม “เฮาบิบบมือแล้วคลายมือมันแดงแสดงว่าเลือดบับนียด เอามือจกเอามือดันมันบัตเฮาเจ็บแสดงว่า มันเจ็บย้อนเลือดไหลบ่ดี” 2) มีสาเหตุมาจากโรคอื่นหรือภาวะอื่น “กะนึกว่าเบาหวานขึ้นหละ” หรือ “จากเบาหวานกะ” การรับรู้สาเหตุดังกล่าวพบได้ในทุกอาการ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการรับรู้จากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ จึงมักจะตีความสาเหตุของอาการว่าเกิดจากโรคประจำตัวเดิมที่เป็นอยู่ ทั้งที่ผู้สูงอายุและญาติไม่สามารถเชื่อมโยงอาการที่เกิดขึ้นกับโรคที่เป็นอยู่ได้ “ไม่รู้เกี่ยวกันยังไ้ แต่เป็นโรคประจำตัว” โรคที่ผู้สูงอายุและญาติคิดว่าเป็นสาเหตุของอาการได้แก่ โรคไตวาย “คิดว่าจากน้ำเกิน ไตแกไม่ดี เพราะแกไตวาย” และ โรคเบาหวาน “เบาหวานขึ้นเพราะว่าชาดยามา หกเดือนแล้ว” การรับรู้สาเหตุจากเหตุการณ์พ้อง ผู้สูงอายุบางรายมีการสังเกตเหตุการณ์พ้องที่เกิดขึ้นก่อนมีอาการ แล้วสรุปว่าเหตุการณ์พ้องดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการขึ้นได้ซึ่งมักพบในอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยมีผู้สูงอายุหนึ่งรายที่มีอาการเจ็บป่วยหลายอย่างร่วมกับมีอาการไอและรับประทานยาหลายชนิด หลังจากนั้นเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ผู้สูงอายุจึงคิดว่าอาจเกิดจากอาการไอ “คิดว่าเป็นจากไอเพราะว่าไอหลาย” และการรับประทานยาหลายชนิด “วันนั้นกินยาหลายตัวยาคงตักัน” จนทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น

“กะบ่คิดจิงได้กะว่ายายเจ็บหน้าอกมันเป็นหยังน้อ กะคิดแต่ว่าเลือดหัวใจมันบับนียดบ่ กะว่าเลือดหัวใจบับนียดบ่มันคือเจ็บแท้... กะคิดจิงขึ้นหละ เพราะว่ามันเป็นอยู่ในหัวใจ ...กะว่ามันเจ็บอยู่เนี่ยเนาะ ซี้โครงนี้ อย่างมือเราเวลาเราบิบบแล้วคลายนี้ มันกะแดงเนาะแสดงว่าเลือดมันบับนียด คือเวลาเฮาเจ็บหัวใจเนาะเฮาเอามือจกเอามือดันนี้มันบัตเฮาเจ็บจักหน้อย...จกเข้าไปนี้หัวใจนี้ มันบัตตีสั้นจักหน้อย มันเฮาปวดกะสิแมนเลือดมันไปบับนียดตัว มันกะเลยตีสั้นมา ยายกะเลยคิดแบบนั้น ยายกะเลยว่าช่วยเลือดหัวใจบับนียดมันคือเจ็บ” (AF 12015204)

“คิดว่าเป็นหัวใจเพราะเป็นอยู่แล้ว ตอนนั้นสองสามเดือนก่อนนั้นหมอโรบบาลศูนย์กะว่าเป็นโรคหัวใจกะเลยได้ยามากินนี้หละ แล้วกะหมอบอกว่าถ้าเป็นหัวใจมันลิเจ็บหน้าอกเพิ่นกะว่าให้หมยาเต้อถ้าเจ็บหน้าอก สั้นบ่ตีสั้นกะให้ฟาวมา กะเลยว่าย้วยมันคือหมอว่าตัวนี้มันเจ็บหน้าอก” (AF21025213)

“โอ้จำได้แล้ววันนั้นกินยาหลายตัวหรือว่ามันจะเกี่ยวกันไหมครับ วันนั้นวันที่ยายมานวดแกเอายาให้กินสองเม็ด สมุนไพรวะไรก็ไม่รู้มาให้กินสองเม็ด แกบอกว่าดี แต่ก่อนจะกินเรามีอาการปวดก่อนนะ...ปวดแน่นหน้าอกนี่แหละ ก่อนที่จะให้แก นวดคือมันปวดแล้ว แกก็เอายาให้กิน กินแล้วก็เหมือนเดิม คือที่บ้านมันมียาหลายตัว พาราก็กิน กินประจำนี่คือเฟล็กส์เป็นอาหารเสริม มันเกิดเป็นอะไรมันหงุดหงิดหงุดหงิดกินยาแก้ อีกเสบกินไปสามสี่ยาก่อนเป็นมันจะเกี่ยวกันรีเปล่า...คือมันอาจจะเป็นจากหลายยาหรือเปล่าแล้ว มันตึกกัน.. .แล้วก็คิดว่าเกิดจากไอด้วยเพราะไอแล้วค่อยมาเจ็บหน้าอก ไอแล้วเจ็บแล้วหายใจไม่สะดวก” (AM20015206)

2.1.2.2 กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล

ขณะผู้สูงอายุอยู่รักษาในโรงพยาบาลพบการเปลี่ยนแปลงอาการเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งได้แก่ 1) กลุ่มอาการไม่ดีขึ้น “ซ้ำเก่า” ซึ่งมีอาการเท่าเดิมเหมือนอยู่ที่บ้าน และ “คึกกว่าเก่า” คืออาการที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น 2) กลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท “ไคขึ้นแต่บ่เซาขาด” ที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นแต่ยังคงหลงเหลืออาการบางอย่างอยู่แต่อยู่ในระดับเล็กน้อย และ 3) กลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย “ไคขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย” เป็นอาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นเสมือนไม่เคยผ่านการเจ็บป่วยมาก่อน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มอาการไม่ดีขึ้น “บ่ไคขึ้น”

กลุ่มอาการไม่ดีขึ้น “บ่ไคขึ้น” หมายถึง กลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่ามีอาการไม่ดีขึ้นเลยทั้ง ๆ ที่ได้รับการดูแลไปแล้วระยะหนึ่ง ทั้งการได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดหรือแม้แต่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กลุ่มอาการไม่ดีขึ้นที่พบในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามี 2 ลักษณะได้แก่ กลุ่มอาการไม่ดีขึ้นและยังมีอาการรุนแรงเท่าเดิม “ซ้ำเก่า” และ กลุ่มอาการไม่ดีขึ้นรวมทั้งมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น “คึกกว่าเก่า” ซึ่งทั้งสองกลุ่มอาการมักพบในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (HR07015203, HR12015204, HR02125112, HR06125113) โรคไตวาย (HR07015203, HR20015207) โรคเบาหวาน (HR27125101, HR07015203, HR20015207, HR24015208, HR08125114, HR23125117) ความดันโลหิตสูง (HR27125101, HR20015206, HR20015207, HR24015208, HR06125113, HR18125116) นอกจากนี้ยังพบในผู้สูงอายุที่มีคลื่นเอสทียกจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (HR27125101, HR29125102, HR12015204, HR13015205, HR20015206, HR24015208, HR02025209, HR06025210, HR11025211, HR02125112) จากการสังเกตการณ์ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้ยังคงมีอาการทุกทรมานอย่างมาก ผู้สูงอายุบางรายจะยังคงมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรง บางรายมีอาการหายใจลำบาก หายใจไม่ออกหรือรู้สึกเหมือนใจจะขาด “ผู้สูงอายุชายรายนี้มาที่หอผู้ป่วยฉุกเฉินเวลา 14.30 น.

มาโดยรณอน บ่นเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรง มือสองข้างกุมอยู่ที่หน้าอกตลอด บางครั้งใช้มือบีบเค้น บางครั้งใช้กำปั้นทุบ ร้องตะโกนบอกเจ้าหน้าที่ว่าเจ็บแน่นหน้าอกมาก” (FN02025209) และ “ผู้สูงอายุเพศหญิง มาที่หอผู้ป่วยฉุกเฉินเวลา 11.20 น. มาโดยรณอน มีญาติคอยจับมือและ คอยพูดปลอบโยนอยู่ตลอด ผู้สูงอายุจะบอกกับญาติตลอดว่า แม่หายใจบ่ออก ใจสิขาด พุดไป น้ำตาก็ไหล เจ้าหน้าที่ต้องรีบเข้ามาให้ออกซิเจน คุณยายถามเจ้าหน้าที่ซ้ำ ๆ หลายครั้งว่ายายสิตาย บ่ ยายสิตายบ่มันคือหันใจบ่ออก” (FN18125116) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้เมื่อตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบคลื่นเอสทียกเกือบทั้งหมด โดยพบในผู้สูงอายุ 13 ราย (AM27125101, AM29125102, AF12015204, AM13015205, AM20015206, AF24015208, AM02025209, AM06025210, AM11025211, AF 02125112, AM 14125115, AF 18125116, AF 23125117) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง 8 ราย ภาวะช็อก จากหัวใจ 4 ราย ภาวะปิดกั้นสัญญาณไฟฟ้าหัวใจแบบสมบูรณ์ 3 รายและหัวใจหยุดเต้น 3 ราย ซึ่งผู้สูงอายุ 1 รายอาจพบภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า 1 ภาวะ โดยในขณะนี้ผู้สูงอายุและญาติจะ ยังไม่รับรู้สาเหตุและไม่มีการพยายามค้นหาสาเหตุ เพราะเชื่อว่าการค้นหาสาเหตุและการดูแล รักษาเป็นหน้าที่ของบุคลากร “อียังกะอยู่น่าหมอ, หมอฮู้หมอลิเฮ็ดเอง” ผู้สูงอายุและญาติจะ จัดการอาการที่เกิดขึ้นโดยการให้ความร่วมมือในการรักษา การบอกเล่าอาการ ความทุกข์ทรมาน และการบอกการดูแลที่ตนต้องการแก่บุคลากรผู้ให้การดูแลเท่านั้น

กลุ่มอาการไม่ดีขึ้น “ชั่วเก่า” หมายถึง กลุ่มอาการที่ ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่าการไม่ดีขึ้นเลยหรือยังคงมีอาการอยู่เหมือนเดิมทั้ง ๆ ที่ได้รับการดูแล ภาระหนึ่งแล้ว อาการที่ยังคงอยู่ ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก หายใจลำบากและอาการแสบร้อน บริเวณคอและทรวงอก โดยอาการชั่วเก่าเป็นอาการที่พบในผู้สูงอายุ 15 ราย ผู้สูงอายุและญาติจะ รับรู้และรายงานว่ายังคงมีอาการรุนแรงเหมือนอยู่ที่บ้าน (AM27125101, AM29125102, AM07015203, AF12015204, AM13015205, AM20015206, AM20015207, AF24015208, AM02025209, AM06025210, AM11025211, AF 02125112, AF 06125113, AM 14125115, AF 18125116, AF 23125117) “อยู่บ้านเป็นแฉงจึงได้อู่ยนี้กะยังเป็นแฉงจึงขึ้น” และ “มันกะยังมี อยู่” อาการดังกล่าวยังมีระดับความรุนแรงเท่าเดิมไม่ได้บรรเทาเลย “ไม่บรรเทาเลย เหมือน อยู่ที่บ้านเลย” หรือ “ยังเจ็บเท่าเดิมตลอด...คือเก่า” ทั้ง ๆ ที่ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดหรือแม้แต่โรงพยาบาลศรนครินทร์ภาระหนึ่งแล้ว ซึ่งอาการดังกล่าว ได้แก่ แน่นหน้าอก (AM27125101, AM29125102, AM07015203, AF12015204, AM13015205, AM20015206, AM20015207, AF24015208, AM02025209, AM06025210, AM11025211, AM 14125115) “กะเจ็บหน้าอกนี้หละ ยังเจ็บอยู่ เจ็บมาฮอดพีชีตะแล้พี เจ็บมาฮอดเปียง” อาการหายใจลำบาก (AM27125101, AM07015203, AM20015207, AF24015208, AF 02125112, AF 18125116, AF 23125117) “หายใจบ่อิมจนได้ใส่สายออกซิเจน” อาการแสบร้อนบริเวณคอและทรวงอก (AM02025209, AF06125113) “ยังคือเก่า...ออกฮั่นคอ หลาย” ดังที่ผู้สูงอายุและญาติให้สัมภาษณ์ว่า

“เจ็บหน้าอกเจ็บตลอดเวลา...มันก็ยังเจ็บหน้าอกอยู่... ไม่บรรเทาเลย เหมือนอยู่ที่บ้านยังเป็นอยู่คือเก่า...เท่าเดิมครับ ยังเจ็บเท่าเดิมตลอด” (AM 29125102)

“ก็เป็นอยู่ อาการทั้งหมดที่ผมเล่ามานั้นแหละมันยังมีอยู่หมด แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก หายใจไม่ถึงท้อง...หอบแล้วหายใจไม่เต็มท้องแล้วก็สั้น” (AM20015207)

“กะคือเก่าครับ เหลือชูแนวครับ ชำเก่าครับ...ฮ้อน มันฮ้อนหลาย เถึงออกฮ้อนคอแล้วยังบ่แล้วยังมาปวดหัวอีก ปวดตรงท้ายทอยนี้ ปวดฮ้าวใส่กันหมดเลย... อยู่บ้านเป็นจังได้อู่โรงบาลกะเป็นจังชั้นยังมีอาการชำเก่าอยู่ แสบคอกะยังแสบแสวงคือเก่า เถึงแสบเถึงออกฮ้อน มาครั้นครินทร์นี้หละจิงไคขึ้นมา” (AM02025209)

กลุ่มอาการไม่ดีขึ้น “คักกว่าเก่า” หมายถึง กลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทั้ง ๆ ที่ได้รับการดูแลมาระยะหนึ่งแล้ว ซึ่งการรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นผู้สูงอายุและญาติจะประเมินจาก การยังมีอาการคงอยู่ การมี อาการใหม่เกิดขึ้นและระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง โดยพบในผู้สูงอายุ 7 ราย (AF 12015204, AM13015205, AM20015206, AM06025210, AM11025211, AF 02125112, AF 08125114) ที่ ความรุนแรงของอาการเพิ่มมากขึ้นกว่าตอนอยู่ที่บ้าน “เป็นมากกว่าเดิม” หรือ “คักกว่าเก่า” อาการที่พบว่าเป็นมากขึ้นได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก “เจ็บหน้าอกขึ้นมามาก เจ็บมากกว่าเดิม” และ อาการหายใจลำบากหรือหายใจเหนื่อยหอบ “มาฮอดโรงบาลทั้งไอทั้งหอบ หอบหลาย” อาการ แสบร้อนบริเวณทรวงอกและคอ “แสบคัก” อาการวิงเวียน คลื่นไส้และอาเจียน “ตอนมามีวิงเวียน ลีฮาก” อาการสับสนจับปล้น “ตอนนั้นร้องไวยวาย ดิ้นทุรนทุราย” ไม่ค่อยรู้สึกตัวหรือระดับความรู้สึกตัวน้อยลง “สติแจะหมดแล้วแจะไปแล้ว” และ “เป็นม้อย ๆ ลงแล้วคือคนลีหมดสติ” ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ “ขี้เสียเยี่ยวเสียบู่โตะ” และไม่รู้สึกรู้ตัวหรือหมดสติ “วูบไปเลย” หรือ “ตอนนั้นยายกะว่ายายตายไปแล้ว บู่สึโตะเลย” (AM11025211, AF 02125112) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้บางส่วนเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่โรงพยาบาลชุมชนมาแล้วแต่ ไม่ได้ผล และอีกส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลครินครินทร์เป็นที่ แรก ซึ่งผู้สูงอายุประเมินความรุนแรงของอาการได้จาก อาการที่แสดงถึงความทุกข์ทรมาน “เป็น มากดิ้นทุรนทุรายจนหมดสติ” วิธีการรักษา “จนว่าได้ใส่ท่อ” ความเร่งรีบในการให้การดูแล “ยิ่ง เห็นหมอรีบทำนั่นทำนี่ยิ่งคิดว่าเป็นหนัก” การเปรียบเทียบกับอาการเจ็บป่วยครั้งก่อน “เทือก่อนได้ ใส่ท่อกะว่าเป็นแวงแล้ววาลีบรอด ออกมาได้กะว่าพอแวงแล้วแต่ได้มาใส่อีกกะเลยวาลีหว บ่น้อ” โดยผู้สูงอายุและญาติให้สัมภาษณ์ว่า

“กะตอนที่ยายไปฮอดโรงพยาบาลเพิ่นกะเซ็นเข้าห้อง ลูกเงินยายกะว่ายายตายไปแล้วหละ บู่สึโตะเลย เพิ่นถามกะบู่เรื่อง...อือกะ สลบจนว่าสลบ จึกเฮ็ดหยังให้ยายแทนกะเลยวาลีหวเป็นคักปานนี้บ่” (AF 12015204)

“ตอนลาวมาที่แรกลาวกะอยู่เรื่องอยู่...กะยังหนาวอยู่คือ
เก่า ยังหนาวยังสั้นอยู่ มีหอบมีเมื่อยอยู่ครับ บาดเข้าห้องเอ็กซ์เรย์นี้บัดบู้เมื่อ ทั้งซี่ทั้งเหยี่ยว ซี่
เหยี่ยวเหยี่ยวเหยี่ยว...พอกลับจากห้องเอ็กซ์เรย์บาดเป็นซี่แตกเหยี่ยวเหยี่ยว นอนถึงเตียงซื่อ ๆ ลุกกะลุกบ่
ได้...ช่วยลาวกะเจ็บหละครับ เจ็บบ่ปากบ่ติง...บู้สีกโตจนมาฮอดพีหละกะยังบู้สีกะเลยว่ป่าด
คือมาเป็นคักปานนี้” (CM02125112)

การรับรู้สาเหตุของอาการในระยะที่อาการยังไม่ดีขึ้น “บ่
ไคขึ้น” พบว่า เมื่อผู้สูงอายุถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลและขณะรอรับการรักษากายในระยะเวลา 1-2
วัน ผู้สูงอายุและญาติยังคงรับรู้สาเหตุเช่นเดิมเหมือนอยู่ที่บ้าน และยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงการ
รับรู้สาเหตุ ถึงแม้ว่าอาการดังกล่าวจะคงที่ “ซ้ำเก่า” หรืออาการรุนแรงขึ้น “คักกว่าเก่า” ก็ตาม
ก็ไม่มีผลต่อการรับรู้สาเหตุของผู้สูงอายุและญาติ เนื่องจากมีเพียงการเปลี่ยนแปลงอาการของ
ผู้สูงอายุและญาติ แต่ยังไม่ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมในระหว่างนี้ จึงทำให้ไม่สามารถค้นหาสาเหตุของ
อาการที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุและญาติเชื่อว่า ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็น
หน้าที่ของแพทย์ที่ต้องทำการตรวจและรักษาซึ่งจะทำให้ค้นพบสาเหตุเอง “อีหยังกะอยู่นำหมอ,
หมออยู่หมอสิเฮ็ดเอง” และ “มาหาหมอ หมอตรวจแล้วกะสิรู้เอง” อย่างไรก็ตาม เมื่อแพทย์ทำ
การตรวจรักษาแล้วพบว่ามีความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งทำการวินิจฉัยจาก
อาการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และบางโรงพยาบาลอาจมีความสามารถในการตรวจเอนไซม์
ของกล้ามเนื้อหัวใจ จะแจ้งให้ญาติและผู้สูงอายุทราบว่า มีความผิดปกติของระบบใดก่อนที่จะทำ
การส่งต่อผู้สูงอายุไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า แต่การแจ้งผลการวินิจฉัยมักจะแจ้ง
เป็นระบบ เป็นลักษณะรวม ๆ ไม่ได้เฉพาะเจาะจงว่าเป็นอะไร “หัวใจบ่ดี” หรือบอกว่าเป็นโรคที่มี
ความรุนแรงเท่านั้น “เพิ่นว่าเป็นหลาย ต้องมารักษา” ดังนั้น ผู้สูงอายุและญาติจะทราบสาเหตุ
ของอาการในระยะที่กำลังจะส่งต่อหรือก่อนการส่งต่อการดูแลเพียงเล็กน้อย ดังที่ผู้สูงอายุให้
ข้อมูลว่า

“ไม่รู้...ไม่เคยเป็นแบบนี้มาก่อนแต่มันเป็นมาก มาหา
หมอให้หมอตรวจหมอรักษาแล้วก็คงจะรู้เอง” (AM13015205)

“มาฮอดหมอแล้วอีหยังกะสิอยู่นำหมอ อันได้เฮาเฮ็ด
เป็นเฮากะเฮ็ดไปเบ็ดแล้วกะคือเก่าจนว่าได้มาโรบบาล หมอเพิ่นฮู้แนวเฮ็ดแนวตรวจเพิ่นกะสิเฮ็ด
เอง รักษาเอง มาฮอดน้ำพองเพิ่นกะตรวจหัวใจตัวว่าตรวจคลื่นหัวใจ แล้วว่าหัวใจบ่ดีแล้วกะให้
น้ำเกลือกะส่งมานี้หละ” (AF21025213)

การประเมินความรุนแรงของอาการเมื่อมีอาการไม่ดีขึ้น
พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงมีอาการรุนแรงเหมือนอยู่ที่บ้าน หรือผู้สูงอายุที่มีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นจะ
ประเมินว่าอาการของตนเองไม่ดีขึ้น “บ่ไคขึ้น” และอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นอาการที่มีความ
รุนแรงมาก “เป็นหลาย” จนอาจทำให้ตนเสียชีวิตได้ “สิดาย” ซึ่งผู้สูงอายุและญาติรับรู้ความ
รุนแรงของอาการจาก ความสามารถในการทำกิจกรรม การช่วยเหลือตนเองหรือระดับความ



รู้สึกตัว โดยผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง ถือว่ามีความรุนแรงมาก “ปลุกจนว่าได้ใจม (ยก)” “บ่ปากบ่ติง” การประเมินความรุนแรงจากการดูแลด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงและความเร่งรีบในการดูแลโดยพบว่า การเร่งรีบให้การดูแล การดูแลที่ซับซ้อนด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง การใช้เครื่องมือจำนวนมากในการดูแล รวมทั้งการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตบ่งบอกว่าผู้สูงอายุกำลังมีอาการหนัก “จนว่าได้ใส่ท่อ” รวมทั้งการใช้ผลการดูแลรักษาเป็นตัวประเมินความรุนแรงซึ่งพบว่า ผลการดูแลที่ไม่ได้ทำให้อาการดีขึ้น การดูแลที่ช่วยเพียงบรรเทาอาการ หรือการดูแลที่ไม่ได้ผลและกลับทำให้อาการมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุและญาติใช้ข้อมูลดังกล่าวในการประเมินความรุนแรงของอาการหรือการเจ็บป่วยของตน ว่าเป็นรุนแรงมากขึ้น “กินยาแล้วกะช้าเก่า” และ “เป็นหลายรักษาบ่ได้” การประเมินความรุนแรงจากการส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลอื่น ซึ่งพบในรายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลชุมชนหรือจังหวัดแล้วได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า จึงทำให้ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีอาการรุนแรงหรือเจ็บป่วยหนัก เนื่องจากหากอาการไม่รุนแรงแพทย์คงสามารถรักษาให้หายได้และไม่ต้องส่งต่อไปรับการรักษานที่อื่น นอกจากการประเมินความรุนแรงตามอาการและการส่งต่อเพื่อรับการรักษานในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่าแล้ว การได้รับข้อมูลจากแพทย์ผู้ให้การดูแลว่า “ต้องทำใจ” และ “คุณหมอว่าไม่ดีขึ้น” ทำให้ญาติประเมินว่าอาการของผู้สูงอายุมีความรุนแรง และเมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางสุขภาพแล้วแต่อาการยังไม่ดีขึ้น “บ่ดี, บ่ดีขึ้นเลย” ส่งผลให้ผู้สูงอายุและญาติแสดงความรู้สึกต่ออาการในหลายลักษณะได้แก่ รู้สึกตกใจในระยะแรก เนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการดินทุรนทุรายก่อนที่จะค่อย ๆ อ่อนแรงลงและหมดสติไป “ตอนนั้นตกใจมากเลย... เพราะว่าคนไข้ก็ทุรนทุรายแล้วก็อ่อนแรง” ความรู้สึกไม่มั่นใจหรือหวั่นใจเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุ “ใจบ่ดี” หรือ “สิรอดบ่แน่” ต่อมาจะรู้สึกกลัวซึ่งการแสดงความรู้สึกกลัวของผู้สูงอายุมี 2 อย่างคือ กลัวเสียชีวิต “ใจน้อยหละคะ ย่านเจ้าของตาย” เพราะผู้สูงอายุบางรายรับรู้สาเหตุว่าตนเองเป็นโรคหัวใจซึ่งถือว่าร้ายแรงและทำให้เสียชีวิตได้ “ก็กลัว โรคนี้มันไปเร็ว เสียชีวิตเร็ว” กลัวความทุกข์ทรมานที่จะเกิดขึ้นจากอาการ “ความตายไม่กลัวกลัวทรมาน” หลังจากนั้นผู้สูงอายุจะแสดงความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับภาระหน้าที่ที่ทําทิ้ง โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับหลานตามลำพัง จะมีความกังวลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของหลาน หากตนเจ็บป่วยรุนแรงและต้องรักษานในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานหรือเสียชีวิต ใครจะทำหน้าที่ในการดูแลเลี้ยงดูหลานแทนตน “หลานกะยังเรียนบ่จบ ไผลิเบ่งสิเงงหลานถ้าผมเป็นจั่งซี่” ดังผู้สูงอายุเล่าว่า

“เป็นหลายตัว... ตื่นขึ้นมากะเห็นแต่สายติดนาโตนำแถวนี้ติดนำหัวใจนี้แล้วกะมีเครื่อง (ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ) เพิ่นกะว่ายายอย่าไปจับเด้อสายอันนี้ตอนอยู่ไอซียู... กินยาแล้วกะช้าเก่า... มานอนอยู่นั้นตั้งหลายมีอะดิงคิงกะบ่ได้ เจ็บหลาย นอนนิ่ง ๆ... ยายกะว่าช่วยกูเป็นหลายขนาดนี้บ่ มีเครื่องเต็มโต ลืมตาขึ้นมากะบ่เห็นพื้เห็นน้องบ่เห็นลูกเห็นเต้า... ใจน้อยหละคะ ย่านเจ้าของตาย บ่มีญาติเนาะย่านตายอยู่ผู้เดียว พื้บ้องบ้องปาย

กะบ่เห็นลูกเต้ากะบ่เห็น บาดตายแล้วเพิ่นค่อยสิมาเห็นกะเลยใจน้อย... กะสิดายตัวมันเจ็บหลาย ยายกะว่ายายลิตาย เป็นหลายรักษาบได้ บ่บรรเทาเลย นอนอยู่ทั้งวันหายใจแรงกะบ่ได้ ดิงกะบ่ได้เจ็บหลาย” (AF 12015204)

“คิดว่าอือ ตอนที่อยู่บ้านนะคงไม่เป็นมาก...แต่พอมารักษาพยาบาลมาเจอหมอทำนั่นทำนี่ก็คิดว่าเป็นมาก... ยิ่งตอนเข้าหมอมว่าไม่ดีขึ้นเลยยังคิดว่าเป็นมากเข้าไปใหญ่... ตอนนั้นแฟนเค้าก็ตกใจมาก... เพราะเค้าเห็นเราดิ้นทุรนทุรายแล้วก็อ่อนแรงเห็นดินแล้วแฟนเค้าก็ตกใจ เค้าว่าโรคหัวใจนี่มันไปเร็ว เสียชีวิตเร็ว” (AM18015206)

“ผมกะคิดว่ายาสิแก้ฮ้อนคอนั้นหละ กะเลยกินกะคิดว่าสิเฮากินแล้วมันบดบ่เฮา ถ้าบ่เป็นหลายกินยาแล้วคือสิเฮาที่กินยาแล้วกะบ่มีแวว่าสิเฮา... เฮ็ดหยังแล้วกะบ่เฮากะเลยย่านตายครับ หลานกะยังเรียนบ่จบ...หลานนี่กะยังน้อยๆอยู่ แต่ก่อนกะอยู่กันสองคน พ่อแม่เฮาไปกรุงเทพ ผมมาเป็นจิ้งซีไฟลิเบ็งสิแรง สิได้กินหยัง สิอยู่กับไฟพ่อแม่เฮากะรับจ้างหาเงิน บางทีเอกะบ่ได้ส่งมา มันบ่มี” (AM02025209)

2) กลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท “บ่เซาเซา”

กลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท “บ่เซาเซา” หมายถึงกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้น ทูเลาความทุกข์ทรมานลงหรือพออยู่ได้ “ดีขึ้น, ไคขึ้น” ซึ่งพบว่า อาการจะดีขึ้นหลังจากมีการจัดการอาการโดยการดูแลรักษาจากบุคลากรมาระยะหนึ่งแล้ว “เพิ่นให้ยากินยาสิด ให้ออกซิเจนแล้วกะไคจักหน่อย” “บ่เจ็บบ่ปวด” และ “หายใจกะดีขึ้น” อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังคงรับรู้ว่ายังไม่หายขาดจากอาการที่นำมา โดยยังหลงเหลืออาการเดิมอยู่แต่มีความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่านั้น “ค่อยยังชั่ว, เหลือนิดหน่อย” ซึ่งอาการที่ยังคงมีอยู่ได้แก่อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการเมื่อยหรือรู้สึกล้า ผู้สูงอายุจะมีการจัดการโดยการแสวงหาการรักษาและขอรับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ให้การดูแลเพื่อจัดการกับอาการดังกล่าว ยอมรับผลการรักษาและเตรียมตัวกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

ในระยะเวลาที่มีอาการยังไม่หายสนิทนี้ ถึงแม้ผู้สูงอายุจะมีอาการดีขึ้นแล้ว “บรรเทา” “ดีขึ้น” และ “มายออก” แต่ก็ยังคงมีอาการบางอย่างหลงเหลืออยู่ “ดีขึ้นแต่บ่เซา” “ทุเลาแต่บ่เซา” “บ่ทันไคขึ้น” “ดีขึ้นแต่ยังมีอาการอยู่” แต่ความรุนแรงอยู่ในระดับเล็กน้อย “ค่อยยังชั่ว” “เหลือนิดหน่อย” “เป็นพอลูบๆมีอยู่บ้างแต่ไม่มาก” “ก็ยังเจ็บแต่ไม่เจ็บแรง ประมาณหนึ่งเปอร์เซ็นต์สองเปอร์เซ็นต์” อาการที่ยังคงมีอยู่ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยเมื่อยล้า ซึ่งกลุ่มอาการไคขึ้นแต่ยังไม่หายสนิทนี้พบในผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจครบตามจำนวนหลอดเลือดที่อุดตันบางราย (HR 24015208, HR11025211, HR02125112, HR08125114, HR14125115) ผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดไม่ครบตามจำนวนหลอดเลือดที่อุดตัน (HR20015206, HR06025210) ผู้สูงอายุที่สภาพร่างกายไม่พร้อมและทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจล้มเหลว (HR07015203, HR20015207) และผู้สูงอายุที่เลื่อนการการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

(HR13015205) รวมทั้งยังพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเดิม โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวาย (AM07015203, AM20015206, AM20015207, AF 02125112) และผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาโดยเฉพาะ ภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (HR13015205, HR 24015208, HR11025211, HR02125112, HR08125114) ภาวะปิดกั้นสัญญาณไฟฟ้าหัวใจแบบสมบูรณ์ (HR 24015208, HR06025210) ภาวะปอดอักเสบและปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ (HR20015206) ดังที่ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์ว่า

“ตอนนั้นมันค้อยังชั่วแล้ว อาการค้อยังชั่ว ดีขึ้นแล้ว
หน้าอกก็ไม่ค่อยเจ็บแล้ว พอหลับ ๆ ไม่ได้เจ็บมากเหมือนตอนแรก หอบก็เล็กน้อยแทบจะไม่มี”
(AM07015203)

“มันก็ไม่มีอาการแล้ว เจ็บหน้าอกก็หายแล้ว จะมีบ้างก็มี
หอบมีหอบบ้างนิดหน่อย หายใจมีไอนิดหน่อยแล้วก็ เป็นเมื่อย ๆ แต่ก็ดีขึ้น พอเดินได้”
(AM20015206)

3) กลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย

กลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย หมายถึง กลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นจนเป็นปกติ หลังจากการจัดการอาการโดยการดูแลรักษาจากบุคลากร ผู้สูงอายุจะไม่หลงเหลืออาการทุกข์ทรมานอยู่เลย จนรายงานว่าเป็นปกติเหมือนไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน โดยอาการดีขึ้นจนเป็นปกติตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและญาติดังกล่าว สามารถประเมินได้จากการไม่มีอาการทุกข์ทรมานหลงเหลืออยู่ และการมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่เป็นปกติตามแบบแผนเดิมของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุจะยอมรับการเจ็บป่วยว่าสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

กลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย เป็นกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่ามีอาการเป็นปกติเหมือนไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน “เขา” “หาย” “ดีขึ้น” “มีดีไปเลย” “ดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย” “คือบ่เจ็บบ่ป่วย” และ “คือบ่เป็นหยัง” โดยผู้สูงอายุประเมินได้จากการหายไปของอาการ ซึ่งผู้สูงอายุรายงานว่าอาการที่เคยเกิดขึ้นก่อนหน้านี้หายไป “เขาเมื่อยเขาหอบ” “เจ็บก็ไม่เจ็บ” “บ่ออกฮ้อน” “เฮ็ดแล้วกะเขาเลย บ่เจ็บเลย คือบ่ได้เป็นหยัง (เหมือนไม่ได้เป็นอะไรเลย)” “เดินเข้าห้องน้ำได้” “มีดจับบ่เหลืออาการหยังเลย” “ปกติทุกแนว” พบในผู้สูงอายุที่ขยายหลอดเลือดครบตามจำนวนหลอดเลือดที่อุดตันทุกราย (HR27125101, HR29125102, HR12015204, HR24015208, HR02025209, HR11025211, HR02125112, HR06125113, HR14125115, HR18125116, HR23125117) ผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่ครบ 1 ราย (HR11025210) และผู้สูงอายุที่ถูกเลื่อนการผ่าตัด (HR13015205) ดังที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า

“ก็ตื่นครับ เหมือนไม่เป็นอะไรเลย ไม่เจ็บหน้าอกแล้ว จะมีก็แค่เพลียหลังทำ แต่ตอนนี้ดีแล้วให้กลับก็กลับได้เลย...สวนหัวใจแล้วก็ตื่นตอนนี้ไม่เจ็บแล้วครับ...ไม่มีอาการอะไรแล้ว อ้วกก็ไม่อ้วกแล้ว เจ็บก็ไม่เจ็บ...หลับสบายเลย หลับง่ายหลับสบายเลย ตื่นอีกทีเช้า” (AM 29125102)

“กินยาอมยาแล้วกะบ่ปานได้ครับ ยังมีอาการอยู่แต่มาตีอีหลีนี่คือตอนผ่าแล้วมาฮอดครั้นครั้นทรมาผ่าอันนี้ค่อยดี...เฮ็ดแล้วมันกะหายไปเลย ตอนนีบ่มีแล้ว บ่อกฮ้อนคอขึ้นมาเลย อันนี้กะบ่เจ็บอีกอันไต้ล้นปี่นี้ มันกะค่อยๆเบาลงตอนนี้กะบ่มีแล้ว...กะมันกะสว่างออกหละครับ มันกะดีขึ้นบ่คิดว่าลิตายหละครับ หายใจกะบ่ขาดบ่หาย หายใจอิมอยู่...กะคือสุขภาพดีขึ้นนั้นหละสว่าง มันดีขึ้น” (AM02025209)

การเข้ารับการรักษาในระยะที่มีกลุ่มอาการดีขึ้น “ไคขึ้น” นี้ ทำให้ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ถึงอาการและสาเหตุของอาการจากการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งผู้สูงอายุและญาติมีการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของอาการหรือการเจ็บป่วยครั้งนี้ในหลายลักษณะ คือ 1) การรับรู้แบบกว้าง ๆ ไม่เฉพาะเจาะจง (AM07015203, AM20015206, AM20015207, AF02125112, AF06125113) มักไม่ระบุโรคแต่ระบุเป็นความผิดปกติของระบบนั้นแทนคือ มีความผิดปกติของหัวใจ “เป็นโรคหัวใจว่าจิงชั้นหละ” และ “โรคหัวใจ ก็รู้อยู่แล้วว่าเป็นโรคหัวใจ” โดยมีการรับรู้จากการวินิจฉัยของแพทย์ “กะสิว่าเป็นโรคหัวใจนี้ตัวคือหมอบิงกาพว่า” 2) รับรู้ตามผลการตรวจวินิจฉัย ซึ่งผู้สูงอายุและญาติส่วนใหญ่ (AM 29125102, AF 12015204, AM13015205, AM20025206, AF05025208, AM02025209, AM11025211, AF 08125114, AF 14125115, AF 18125116, AF 23125117) จะรับรู้ตามผลการตรวจสวนหัวใจ ซึ่งผลการตรวจจะรายงานออกมาในลักษณะว่ามีการตีบของหลอดเลือดหัวใจเท่าไรทั้งขนาดและจำนวน กล่าวคือตีบร้อยละเท่าไร “ตีบ 80%” และตีบกี่เส้น “หมอว่ามีสามเส้นแต่ตีบสองเส้น” ดังนั้นผู้สูงอายุและญาติจึงรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ “เป็นหัวใจตีบ หลอดเลือดหัวใจตีบว่าชั้นหละ” 3) รับรู้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดจนทำให้เกิดการตายเกิดขึ้น “โรคหัวใจตายโรคหัวใจขาดเลือดตาย” ซึ่งผู้สูงอายุส่วนน้อยเท่านั้นที่รับรู้แบบนี้ (AM27125101, AM06025210) “เค้ากะว่าเลือดเป็นหยั่งหละ เลือดน้อยบ่ หมอว่า...หมอว่าเลือดบำรุงหัวใจบ่พอ...เลือดน้อยเลือดบ่ไปบำรุงหัวใจ หัวใจขาดเลือดตาย”

เมื่อผู้สูงอายุและญาติรับรู้การวินิจฉัยการเจ็บป่วยตามลักษณะที่ได้กล่าวมาแล้ว แม้ว่าลักษณะที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้จะแตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุกลับมีการสะท้อนความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยในลักษณะคล้ายคลึงกันคือ ครั้งแรกของผู้สูงอายุรับทราบผลการวินิจฉัยจะรู้สึกตกใจ “ตอนนั้นกะตกใจอยู่ ย่านอยู่” หลังจากนั้นจะกลัวซึ่งได้แก่ กลัวตายและกลัวทรมาน “ไม่กลัวตายกลัวทรมาน” เนื่องจากโรคดังกล่าวเกิดกับอวัยวะที่ผู้สูงอายุคิดว่าเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกาย “หัวใจมันสำคัญ หมอไต่หัวใจสำคัญที่สุด หัวใจไม่เต้นก็ตาย” และเป็นโรคที่ร้ายแรง “กลัวเพราะว่ามันอันตราย” สามารถทำให้เสียชีวิตได้ “หัวใจเป็นแล้วไป

ง่าย ๆ” รวมทั้งเมื่อเกิดอาการแต่ละครั้งจะสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก “เวลาเป็นมันทรมานหายใจไม่ออก” อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะบรรเทาความรู้สึกดังกล่าวลงเมื่อได้รับการรักษาแล้ว “ตกใจอยู่แต่อยู่ในมือหมอแล้วจะอุ่นใจ” เพราะเชื่อว่าแพทย์มีความเชี่ยวชาญและสามารถรักษาได้ “หมอเก่งๆก็เยอะไว้วางใจคะ” นอกจากนี้ จากการศึกษายังพบว่า อายุที่มากมีผลต่อการแสดงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยทั้งในทางบวกและทางลบ ทางบวกได้แก่ อายุมากแล้วจะเสียชีวิตตอนไหนก็ได้ ประกอบกับผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลดังกล่าวเคยเจ็บป่วยรุนแรงจนเกือบเสียชีวิตมาแล้วจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่กลัวตาย “บ่ย่าน แก่แล้ว ครั้งก่อนเกือบตายจนได้ตั้งเครื่องไฟงานศพ” ทางลบได้แก่ ผู้สูงอายุและญาติประเมินว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงขณะที่อายุมากแล้วยังจะทำให้อาการรุนแรงเพิ่มขึ้นไปอีก “ย่านตายโรคคะร้ายแรงแล้วมาเป็นยามแก่” ดังที่ผู้สูงอายุและญาติให้ข้อมูลว่า

“ตอนนั้นกะว่าเป็นโรคหัวใจ คือมันกะตกใจอยู่ย่านอยู่ว่าเป็นหัวใจ เพราะเพิ่นกะว่าอยู่ว่าโรคหัวใจมันเป็นแล้วมันไปง่าย ๆกะตกใจอยู่แต่กะอยู่ในมือหมอแล้วอุ่นใจจึกหน่อยว่าอยู่กับหมอ” (AM27125101)

“อาการที่จะเกิดขึ้นนี้มันก็ห้ามไม่ได้มันเป็นธรรมดา แต่ถ้าถามว่ากลัวตายไหมไม่กลัว ที่กลัวนี่คือกลัวทรมานตอนที่ยังไม่ตายเพราะว่าเวลามันเป็นมามันหายใจไม่ออก ก็ว่าอยู่ว่าทำไมเวลาเป็นมามันหายใจไม่ออก มันทรมาน จะตายก็ตายไปเลยไม่ต้องทรมาน นอนหลับแล้วตายไปเลยสบายแต่นั้นกลัวการทรมาน” (AM22015206)

“ก็กลัว กลัวนะตอนนั้น...ก็ไม่วู้ก็หัวใจเนาะ หัวใจคนเราก็มีอันเดียว...ก็หัวใจมันสำคัญนะ ทั้งตัวนี้หัวใจสำคัญที่สุด ถ้าหัวใจไม่เต้นก็ตายเลย” (AF05025208)

“บ่ย่านครับจั่งได้กะเสียชีวิตอยู่แล้ว เอ็ดจั่งได้กะเสียชีวิตคือเก่านั้นหละคนมันกะเผ่าไปน่า...ผมกะรู้สึกว้าซ้อ ๆอยู่เพราะว่าป่วยที่ยวก่อนผมกะสวอย (หมดสติ) ไปแล้ว...พินยาก เทียวก่อนพินยาก เทือก่อนจนได้เอาเครื่องมาตั้งเอือนนี้หละ...เครื่องไฟงานศพนี้หละมาตั้งอยู่บ้านเลย...กะโรงบาลได้ส่งกลับมาบ้านเนาะ ให้กลับมาไว้บ้าน โรงบาลยุพราชส่งกลับมาบ้านแล้ว” (AM02025209)

2.2 การจัดการอาการและผลการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.2.1 การจัดการอาการก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีค่อนข้างหลากหลายและพบร่วมกันเป็นกลุ่มอาการ ทำให้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและมีการจัดการอาการทุกอาการที่หลากหลายตามการรับรู้ เช่น เมื่อผู้สูงอายุมีอาการแน่นอึดอัดในช่องท้องร่วมกับอาการแสบร้อนทรวงอกและอาการเหนื่อยเมื่อยล้า ผู้สูงอายุจะมีการจัดการแต่ละ

อาการร่วมกัน ได้แก่ ทานยารักษาโรคกระเพาะ ตื่นน้ำหรืออมฮอลล์และนั่งพัก นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดการอาการของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีโคจรความเจ็บป่วยของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการดีขึ้นเป็นระยะ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุรับรู้กลุ่มอาการที่เกิดขึ้น จะมีการจัดการดังนี้

2.2.1.1 การจัดการกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ

1) การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง

เมื่อเกิดกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ ผู้สูงอายุมีการจัดการอาการด้วยการดูแลตนเองหลากหลายวิธีได้แก่ 1.1) การกดท้องและการหายใจเข้าออกลึก ๆ ใช้ในการจัดการอาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง 1.2) การตึมน้ำ การอมฮอลล์เพื่อให้เกิดความรู้สึกเย็น และการรอดูอาการจะใช้จัดการอาการแสบร้อนบริเวณทรวงอกและลำคอ 1.3) การบิบนวด ใช้ในการบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่ร้าวไปตำแหน่งอื่น 1.4) การลุกขึ้นนั่งหรือเปลี่ยนอิริยาบถทันทีใช้ในการจัดการอาการหอบนอนราบไม่ได้ 1.5) การลดกิจกรรมและการนั่งพักใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยเมื่อยล้า 1.6) การแสวงหาการรักษาเมื่อไม่ดีขึ้น “หาหมออนามัย” ดังข้อมูลที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า

“กะมีกินน้ำนำหละบางเทียมันเป็นสเภหลาย เป็นฮ้อน ๆ คอเนาะกะเลยได้กินน้ำแก้สเภฮ้อนคอ...มันกะเป็น ๆ หาย ๆ นั่งเซาเมื่อย ซอมเบ้งอาการมันกะเซาไป แต่กะบ่เซาขาด...ทีนี้กะเลยว่าสเภสางกะเลยไปอนามัย ไปอนามัยอยู่บ้านนั้นหละเพิ่นกะถามอาการกะเว้าให้เพิ่นฟังแล้วกะเอาแนวมาจ้ำ ๆ นำท้อง กด ๆ เคาะ ๆ แล้วกะให้ยาเพิ่นกะว่า เป็นโรคกระเพาะซื้อ ๆ ดอก ผู้เฒ่าอาหารมันย้อยยากน้าย้อยกะบ่ดีเลยเป็นฮึดเป็นแน่ว่าจั้งซีนะ เลยเป็นแน่นเป็นสเภบักฮูก เพิ่นกะเลยให้ยากะเพาะมากิน...ยาลดกรด เพิ่นให้มากินกะเลยกลับบ้าน” (AM27125101)

“ก็บิบนวด ให้เค้าบิบนวดให้ นวดไหล่ นวดสะบักให้... นวดตรงนี้ (สาธิตการนวดบริเวณสะบัก) ...นวดเพื่อให้มันคลายเส้นคลายเอ็น ...ก็ให้นวดตามแนวที่มันปวดมันร้าวไปไหล่ไปแขนก็นวดไหล่ นวดแขนด้วย นวดตามแนวนี้” (AM07015203)

“ต้องลุกขึ้นมาเลย ต้องเปลี่ยนอิริยาบถ...แต่นั่งตรง ๆ อย่างนี้ก็ได้ต้องนั่งแบบนี้ (แสดงท่านั่งโน้มตัวไปข้างหน้า)” (AM07015203)

2) การจัดการอาการโดยการไ้ยา

การจัดการกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ โดยการไ้ยาพบว่า ผู้สูงอายุมีการไ้ยา 2 ประเภทคือ การไ้ยาพื้นบ้านและการไ้ยาสามัญประจำบ้านร่วมกับยารักษาโรคประจำตัว 2.1) ไ้ยาพื้นบ้าน ได้แก่ 2.1.1) การไ้ยามะหาหิงทาบริเวณท้อง การทานกฤษณากลิ่นและฟ้าทะลายไ้จัดการอาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง 2.1.2) การทายาหม่องร่วมกับการบิบนวดใช้ในการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่มีการร้าวไปที่ตำแหน่งอื่น 2.1.3) การดมยาดมหรือพืมนเสนาใช้ในการจัดการอาการเหนื่อยเมื่อยล้า 2.2) การไ้ยาสามัญ

ประจำบ้านร่วมกับยารักษาโรคประจำตัว ได้แก่ 2.2.1) ยาแก้ท้องอืด ยาหอมหัวเจดีย์ใช้จัดการอาการแน่นอืดอึดในช่องท้อง 2.2.2) การใช้ยารักษาโรคกระเพาะเช่น ยาธาตุน้ำขาว ยาแอนตาซิลใช้จัดการอาการแสบร้อนบริเวณทรวงอกและลำคอ 2.2.3) การใช้ยาพาราเซตามอลและยารักษาโรคความดันโลหิตในการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอก ดังที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า

“กะเลยเอาน้ำยามะทาหิงมาทาท้อง มันเป็นยาฮั่นคือ ยาหม่องเนาะ ทาแล้วซิเป็นฮั่น งามันกะลิตีขึ้นเนาะ เพราะเขาว่ามันโล่มพ้อแม่กะว่าโล่ม” (AM27125101)

“ก็กินยาฤษณากลับ...กินเพื่อให้ท้องไม่อืด กินเพื่อให้ผายลมอะไรประมาณนี้...ก็แม่พากิน...กินเพราะว่ามีท้องอืดเหมือนกินอาหารแล้วไม่ย่อย เอ่อวันนั้นก็กินยาฟ้าทะลายโจรสองเม็ด...ใช้รักษาท้องอืด...กินเพราะท้องอืด” (AM18015206)

“ผมก็เอายาหม่องทาแล้วก็นวด ถ้ามันปวดมานี้กินพาราเมตนิ่ง” (AM22015206)

“ผมว่าผมเป็นโรคกระเพาะผมกะเลยหาธาตุน้ำขาวมากิน ...ว่าเจ้าของเป็นโรคกระเพาะชื่อ ๆ...กะเลยหาธาตุน้ำขาวมากิน กับยาแอนตาซิลแต่ว่ามันกะบ่เซา ทั้งอมแสกอมฮอลให้มันชุ่มซ่าลำคอกะคิดว่าเนาะ” (AM02025209)

“เมื่อยกะเลยนั่งชื่อ ๆ...นั่งชื่อ ๆนอนชื่อ ๆ กะนอนดมยาอยู่เอือนั่นแหละ...ดมยาหอมยาหอมนั่นแหละ ดมยาดม...กะมันหอมเนาะ ได้กลิ่นแล้วมันกะลิตีโล่งขึ้นกะสิผ่อนสิคลายสียหายใจได้พุ้นแหละ...บางเทื่อกะหายใจ นั่งหายใจลึก ๆ ซ้า” (AF23125117)

“เราก็เป็นความดันอยู่แล้วหมอให้ยามา ตอนแน่นหน้าอกแฟนวัดความดันปรากฏว่ามันสูง แฟนก็เลยเอายาความดันให้กิน กินแล้วมันไม่ตีก็เลยมา” (AM07015203)

หลังจากที่ผู้สูงอายุและญาติมีการดูแลตามวิธีการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว พบผลของการจัดการหรือการดูแลใน 2 ลักษณะได้แก่ 1) ช่วยเพียงบรรเทาอาการ “กะเบาลง” “ดีขึ้น ไคขึ้น, พอแก้ขัด ดีขึ้น” และ “ก็พอเธอได้” แต่ไม่สามารถรักษาอาการดังกล่าวให้หายไปได้ และยังพบว่าอาการต่าง ๆ ดังกล่าวยังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง “มันกะเป็น ๆ หาย ๆ” พบในการจัดการอาการด้วยการดูแลตนเองโดย การบิบนวด การนั่งพักหรือลดกิจกรรม และการจัดการอาการโดยการใช้อยา ได้แก่ ทามะทาหิง การรับประทานยาโรคกระเพาะ และการชงยาหอมหัวเจดีย์ดื่ม ดังที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า “พอทาแล้วมันกะเบาลง กะดีขึ้นจักหน่อยแต่กะยังบ่หายดี” (AM27125101) และ “มันไม่หายหรอกแต่มันก็พอแก้ขัดได้บ้าง ถ้าไม่นวดยิ่งปวดหนัก...นั่งแล้วก็ดีขึ้นบ้าง พออยู่ได้ แต่มันก็เป็นอีก” (AM07015203) 2) ไม่ดีขึ้นเลย ผู้สูงอายุจะรายงานว่าเมื่อจัดการหรือดูแลแล้วกลับไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น “มันกะยังมีอาการอยู่, กินแล้วกะชื่อ ๆ อยู่ บ่เซา” หรือ “ซ่าเก่า” ผู้สูงอายุยังคงมีอาการอยู่เช่นเดิม ซึ่งพบในการจัดการ

อาการด้วยการดูแลตนเองได้แก่ การกดท้อง การนั่งพักหรือลดกิจกรรม การดื่มน้ำและการอมฮอลล์ การจัดการอาการโดยการไชยาได้แก่ การทานยาลดความดัน ยาธาตุน้ำขาว โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า “แต่กะบ่ตตะนะ ปกติคนมีลมในท้องนี่กดท้องมันกะสิเรอบ้างชั้นกะตตะนี้เฮ็ดหยั่งแล้วกะชำเก๋า” (AM27125101) “กินแล้วมันกะบ่เซา... กินยาแอนตาซิลกินยาธาตุน้ำขาวกินแล้วกะบ่เซา มันฮ้อนแสง” (AM02025209) และ “กะเลยให้นั่งซื่อ ๆ นั่งซื่อ ๆ กะจ่มว่ามันเป็นบ่มีแสงเป็นเมื่อยคือเก๋า” (CM 23125117) แม้อาการจะไม่ดีขึ้นแต่ผู้สูงอายุก็ยังไม่วายมาโรงพยาบาลเนื่องจากอาการดังกล่าวเป็นไม่มาก “กะเฮ็ดอยู่จั่งซีหละ มันบ่เซากะเฮ็ดอยู่จั่งซี แนวนมันบ่ได้เป็นหลาย บางเทื่อกะเซาบางเทื่อกะเป็น” และจะมีการแสวงหาวิธีการจัดการอาการด้วยวิธีการอื่น ๆ จนกว่าอาการจะดีขึ้น ทุเลลงหรือพออยู่ได้ “เฮ็ดแนวนั้นแนวนีจันว่าลิดี” และ “บ่โคกะเฮ็ดแนวนั้นจันว่าโคจันพออยู่ได้พุ้นหละ”

2.2.1.1 การจัดการกลุ่มอาการเป็นตาตาย

เมื่อผู้สูงอายุมีกลุ่มอาการเป็นตาตาย จะมีการจัดการอาการใน 3 ลักษณะได้แก่ การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง “รักษาเจ้าของ” หรือ “เบ็งเงงเอากัน” การจัดการอาการโดยการไชยา “กินยา ดมยาและทายา” และการจัดการอาการโดยตัดสินใจเข้ารับการรักษา “ไปโรงพยาบาล, ไปหาหมอ” ซึ่งมีรายละเอียดของการจัดการอาการดังนี้

1) การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง

ในระยะที่มีกลุ่มอาการเป็นตาตายนี ผู้สูงอายุมีการจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง “รักษาเจ้าของ, บัวเอง, เบ็งเงงกัน” ซึ่งมีความหลากหลายเป็นไปตามการรับรู้อาการของผู้สูงอายุ การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเองได้แก่ 1.1) การนวด “นวดคลายเครียดให้แก” พบในการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหงื่อแตก อาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้และอาเจียน อาการชืดเลื่องและชาและอาการสับสนจับปล้น 1.2) การทำให้อาเจียน “จกคอกฮาก” พบในการจัดการอาการแน่นอึดอัดในช่องท้องและอาการแสบร้อนบริเวณทรวงอกและลำคอ 1.3) การนอนลงในแนวราบ “กะนอนลง นอนเกียกหญ้าเลย, นอนพัก” หรือ “หมอบใส่เสื้อ” พบในการจัดการอาการ เจ็บแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก หายใจไม่อิ่มหรือใจจะขาดและอาการวิงเวียนศีรษะคลื่นไส้และอาเจียน 1.4) การใช้แรงกดที่ท้องและหน้าอก “จกกดท้อง” และ “นั่งกอดเซ่า” ใช้ในการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอกและอาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง 1.5) ลูกขึ้นนั่งหรือเปลี่ยนอิริยาบถ “คาดลาด (รีบ) ลูกขึ้นเลย” ใช้ในการจัดการอาการหอบนอนราบไม่ได้ 1.6) การขอความช่วยเหลือ “ไปหาเพื่อนให้เค้าช่วย...กะเรียกให้เพื่อนอยู่ข้าง ๆ ช่วย” ใช้ในการจัดการอาการแล้วไม่ดีขึ้น 1.7) การหายใจเข้าออกลึก ๆ “พอนั่นมาเราก็บอกให้หายใจลึก ๆ” ใช้ในการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก หายใจไม่อิ่มหรือใจจะขาดและอาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง 1.8) การจิบน้ำอุ่น “ก็จิบน้ำอุ่นตอนนั้น” ใช้ในการจัดการอาการหายใจลำบาก หายใจไม่อิ่มหรือใจจะขาด 1.9) การดื่มน้ำย่านาง “กินน้ำย่านาง” ใช้ในการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอกและอาการหายใจลำบาก หายใจไม่อิ่ม

หรือใจจะขาด 1.10) การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายใช้ในการจัดการอาการสับสนจับพลัน ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนจับพลันจะมีลักษณะ พูดไม่รู้เรื่อง โวยวายและคลุ้มคลั่ง ดังนั้นญาติจึงต้องคอยดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากอาการดังกล่าว “แกก็ตื่น เหมือนคลุ้มคลั่งจะโดดจากรถ ผมก็ทั้งบีบทั้งจับแกไว้ กลัวแกตกรถ” ดังที่ผู้สูงอายุและญาติให้ข้อมูลว่า

“กะคล้ำท้อง กตท้องให้...เค้าบอกว่าถ้าเป็นแบบนี้ท้องจะแน่น ตึงเลยคล้ำท้องดู มันก็ไม่แน่น ถ้ากตแล้วอาการจะดีขึ้น...รู้มาจากชาวบ้าน เค้าบอกว่าถ้าบีบนวดท้องแล้วมันจะดีขึ้น มันก็จะลงเอง” (AM 29125102)

“อื้อตอนอยู่บนรถได้นวดอยู่ นวดคลายเครียดให้แก นวดแล้วก็จับแกไว้กตแกไว้เพราะว่าแกตื่นครับ ตอนนั้นแกตื่นอยู่บนรถ แกก็ยังตื่นไม่รู้เรื่อง...ก็ไม่ว่าจะทำอะไรก็บีบ ๆ ไปเพื่อมันดีขึ้น ทั้งบีบทั้งจับแกไว้กลัวแกตกรถเพราะแกตื่นมาก ก็เรานั่งข้างหลังเฝ้ารถกระบะด้วยแกก็ตื่นมาก” (CM 15015205)

2) การจัดการอาการโดยการให้ยา

ในระยะที่มีกลุ่มอาการเป็นตาดายนี้ ผู้สูงอายุมีการจัดการอาการโดยการให้ยาที่หลากหลายสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ 2.1) การให้ยาพื้นบ้าน ซึ่งยาที่ผู้สูงอายุใช้คือ ยาหม่องหรือน้ำยาสมุนไพร “กะทายาหม่อง” และ “ดมพิมเสนน้ำ” 2.2) การใช้ยาสามัญประจำบ้านและยารักษาโรคประจำตัว ซึ่งได้แก่ ยาอมใต้ลิ้น “ฟ้าวไปเอายามาให้อม” และยาลดความดันโลหิต “ให้กินยาความดัน” ดังที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า

“ไม่มีอะไรเลยมีแต่ยาหม่อง ปกติเป็นคนติดยาหม่องก็เอายาหม่องมานวดมาทา นวด ๆ ตามนี้...คือมันทำประจำ ติดด้วยความเคยชินนะครับ คือทายาหม่องเจ็บหน้าอกก็เอามาทา...ก็ทาแต่ยาหม่องไม่รู้จะทำอะไร” (AM20015206)

“ก็ก่อนหน้านี้ตอนนั้นแพทย์หรือพยาบาลอื้อพยาบาลนี้แหละบอกว่าถ้ามีปัญหาถ้าแน่นหน้าอกก็ให้อมยาใต้ลิ้น ก็เลยได้อมยา” (AM11025211)

3) การจัดการอาการโดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

หลังจากที่ผู้สูงอายุมีการจัดการอาการด้วยตนเอง และการจัดการอาการโดยการให้ยาแล้วไม่ได้ผลแต่กลับมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันที “ไปรักษา ไปหาหมอ” โดยการเข้ารับการรักษา มี 3 แหล่งได้แก่ การไปสถานอนามัย ไปคลินิกใกล้บ้าน และการรีบนำส่งโรงพยาบาล “อย่างจี้ต้องไปหาหมอ” “น้องซ่มอเตอร์ไซด์มากะเลยบอกน้อง...ไปเอ๋นรถฉุกเฉินมาเร็ว” หรือ “เป็นแล้วกะฟ้าวมาโรงพยาบาล” ซึ่งอาการที่ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือเข้าพบผู้เชี่ยวชาญคือ อาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ถึงความรุนแรงว่า “เป็นตาดาย” ซึ่งได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก “เจ็บหน้าอกนี่แหละ” อาการเหงื่อแตก “เหงื่อแตกฟาดออก” อาการหายใจลำบากหายใจไม่อิ่มหรือใจจะขาด “หายใจไม่ออก ใจจะขาด” อาการชืดเหลือง “ชืดหลายเหลืองหลาย” อาการเมื่อยหรือรู้สึกล้า “วันนั้นสังเกตว่าเหนื่อยง่าย” อาการมินชา “บู้รู้สึกหยั่งเลยมันมัน

ไปหมด” อาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง “แน่นจนเสียด” อาการแสบร้อนบริเวณทรวงอกและลำคอ “ฮ้อนขึ้นมานาคอ ฮ้อนแฮง” และอาการวิงเวียนศีรษะ “วิงเวียนมาก” โดยอาการที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุหนึ่งรายเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอาจมีหลาย ๆ อาการร่วมกัน ดังที่ผู้สูงอายุและญาติให้ข้อมูลว่า

“มันแน่นหน้าอก เมื่อยหายใจไม่ค่อยได้...ก็ปวดแน่นหน้าอกนี้แหละครับราวไปที่สะบักทั้งสองข้างแล้วก็เจ็บราวไปตามแขน เจ็บมากจนได้มา” (AM07015203)

“ที่แรกก็เหนื่อย เหนื่อยมากเพราะก่อนหน้านี้เดินไปไหนมาไหนได้ ไปเที่ยวไปคุยได้ แต่วันนั้นสังเกตว่าเหนื่อยง่าย ไปมาลำบาก ไปไหนไม่ค่อยได้ ต้องนั่งเฉย ๆ เพราะมันเหนื่อยมากจริง ๆ ก็เลยว่ไม่ได้แล้วต้องไปหาหมอ” (AM20015207)

“มันออกฮ้อนตามฮูคอ...แน่นจนเสียดขึ้นมานาคอผมออกฮ้อนแฮง เหงื่อแตกฟาดออกถึงฮ้อนถึงเหงื่อแตก...น้ำลายแตกออกเลย น้ำลายหลาย...คือตะเก่านี่มันสลายแต่บัดนี้มันบ่หาย กะได้เอารถฉุกเฉินมาเลย มาโรงพยาบาลเลย” (AM02025209)

“ช่วยมันบ่ฮู้สึกหยั่งเลย มันมันไปหมด เหยียบดินกะว่าแม่นบ่ได้เหยียบดิน ย่างบ่ได้เลยเค้กะเลยได้หอบได้โซน (การพุงโดยช่วยยกแขนทั้งสองข้าง) ขึ้นรถไปโรงพยาบาล” (AM11025210)

ก่อนผู้สูงอายุจะถูกส่งตัวเข้ารับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลนั้น ผู้สูงอายุและญาติจะพูดคุยปรึกษาเกี่ยวกับอาการและวิธีการดูแลที่เหมาะสม “เราก็กังเกดตลอด ก็คุยกันว่ไปหาหมอไหม เพราะว่าปล่อยไว้นานแล้วมันจะไมดี...สังเกตเห็นแกเหนื่อยหอบก็เลยบอกลูกสาวว่เราพาแกไปโรงพยาบาลเถอะเพราะอย่างนี้ปล่อยไว้จะไมดี” (CF 20015207) รวมทั้งมีการโทรศัพท์ปรึกษากับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุ ก่อนที่จะตัดสินใจมา “แม่บ้านก็เลยโทรไปถามหมอก่อนว่เป็นยังงี้กัว่เป็นอย่างนี้ให้รับมา ก็เลยให้ลูกเอารถออก ลูกสาวก็กำลังเรียนอยู่” (AM20015206)

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากอาการของผู้สูงอายุค่อนข้างรุนแรงและเฉียบพลัน ดังนั้นผู้สูงอายุและญาติบางรายจึงรีบแสวงหาการรักษาที่อยู่ใกล้ที่สุด “ไปเ็นหมออยู่บ้านนี้แหละที่แรก อยู่บ้านใกล้กัน แต่เพิ่มไปทำงานแล้ว” (AM 06025210) และ “กะเลยไปอนามัยเพราะมันอยู่ใกล้บ้าน ไปอนามัยกะบ่เห็นหมอจักคนกะเลยไปคลินิก ไปคลินิกนี้กะบ่เห็นหมอจักคนกะเลยกลับมาอนามัย กลับมาแล้วพ้นมาเห็นหมอพอดี” (AF 12015204) ผู้สูงอายุบางรายแวะเข้ารับการรักษาศีคลินิกก่อนเนื่องจากอยู่ใกล้กว่า เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมงและไม่มีวันหยุดราชการ เมื่อทำการตรวจประเมินร่างกายแล้วผู้สูงอายุก็จะถูกส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาศีโรงพยาบาลทั้งที่เข้ารับหรือไมได้รับการรักษาเลย ในส่วนของการได้รับการรักษาจะเป็นการให้ออกซิเจนและให้ยาอมใต้ลิ้น “ไมได้ไปโรงพยาบาล แวะคลินิกก่อน...เพราะมันเป็น

ป่วยกะทันหัน แล้วที่นั่นเค้าก็อยู่ประจำ เค้าก็ตรวจคลื่นหัวใจให้...พอทำเสร็จเค้าก็ส่งมาเลย ไม่ได้ให้ยาหรือให้อะไรเค้าไม่ได้ทำอะไรให้เลย เจ็บก็ยังเจ็บอยู่...ไม่รู้ว่าเป็นอะไร” (AM 29125102)

หลังจากผู้สูงอายุมีการจัดการอาการด้วยตนเองและการจัดการอาการโดยการให้ยาทำให้เกิดผลใน 2 ลักษณะได้แก่ 1) ไม่ดีขึ้นเลย “บดีขึ้น, ซ้ำเก่า, มันยังเหมือนเดิม ไม่หาย, ยังเจ็บอยู่ บ่เซา” และกลับมีการดำเนินของอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น “คักกว่าเก่า” และ “บ่เซา เป็นหลายก่อเก่า” ได้แก่ การใช้แรงกดบริเวณท้องและทรวงอก “จกท้อง, นั่งกดเซา” การนอนราบ “เกียกหญ้า, หมูปใส่เสื้อ” การทำให้อาเจียน “จกคอฮาก” การหายใจเข้าออกลึกๆ การจับน้าอุ่น การดื่มน้ำย่านาง การทายา การทานยาลดความดันโลหิต การอมยาใต้ลิ้น ดังที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า “เค้าบอว่ากดแล้วจะหาย แต่นี้กดแล้วก็ไม่หาย มันยังเหมือนเดิม...มันไม่แข็ง กดแล้วมันก็ไม่หาย เจ็บ” (AM 29125102) “เจ็บตลอดเวลา ไม่หายไปเลย ถึงจะอ้วกออกก็ไม่หาย” (AM 29125102) และ “ทยาแล้วจะบ่เซา เฮ็ดแล้วจะบ่เซา ” (AF 12015204) 2) ช่วยเพียงบรรเทาอาการแต่ก็กลับมามีอาการอีก “ไคขึ้นจักหน้อย, บรรเทาหลงแต่ไม่หาย” ได้แก่ การนอนนิ่งๆ การอมยาใต้ลิ้น การลุกขึ้นนั่งหรือเปลี่ยนอิริยาบถ การดูแลด้วยวิธีการกดท้อง “มีแสง ลาวว่าไคขึ้น” หรือ “มันเซา” ซึ่งการรับรู้ว่าการดูแลดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุดีขึ้นประเมินได้จาก การบอกเล่าของผู้สูงอายุเอง “ลาวกะว่าไคขึ้น” การสังเกตความสามารถในการทำกิจกรรมที่เพิ่มขึ้นเช่น ลุกขึ้นนั่ง คุยกันได้ตามปกติ เคี้ยวหมากได้ตามปกติ “เซาแล้วกะเลยลูกนั้ง” หรือ “ซิเซาแล้วดีลาวเคี้ยวหมากได้” เมื่อผู้สูงอายุมีการจัดการอาการด้วยตนเองดังกล่าวแล้วไม่ดีขึ้น “กลับมาเป็นอีกคือเก่า” ผู้สูงอายุและญาติจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังผลการสัมภาษณ์

“อมแล้วกะว่าไคขึ้นจักหน้อยแต่กะบ่เซาดอก พอนอนได้ กะยังเจ็บอยู่แต่บ่เจ็บปานเก่าอมแล้วกะไคขึ้นจักหน้อย แต่ยังเจ็บอยู่ ยังเจ็บหัวใจอยู่...บาดนี้มันบ่เซามันมาเจ็บอีกแล้วมันกะบ่เซา กะเลยได้ฟ้ามา” (AF 06125113)

“ลาวมีแสงมาลาวกะเลยลูก ลูกขึ้นมานี้หละ...ท้องเค็งแข็งเป็นดานขึ้นมานี้หละ บาดกดท้องแล้วมันบาดมีแสงลาวกะว่าไคขึ้นกะเลยลูกขึ้นมาเว้ากัน... ตอนนั้นแกว่าเจ็บเจ็บแล้วกะกดให้แล้วกะว่าเซาเซาแล้วลาวกะเลยลูกขึ้นนั่ง แล้วกะเคี้ยวหมากอีก กะเลยว่าลาวซิเซาแล้วดีลาวเคี้ยวหมากได้กะคือซิเซาแล้ว...แปบนี้กะเป็นอีก มาบาดนี้กะเจ็บหลายกว่าเก่า เจ็บคักกะเลยได้มา” (CM23125116)

2.2.2 การจัดการอาการขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล

2.2.2.1 การจัดการกลุ่มอาการไม่ดีขึ้น “บ่ไคขึ้น”

ระยะที่มีกลุ่มอาการไม่ดีขึ้น “บ่ไคขึ้น” ประกอบด้วยอาการ “ซ้ำเก่า” และอาการ “คักกว่าเก่า” ซึ่งทั้งสองกลุ่มเป็นอาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่ายังมีความรุนแรงมาก และเกิดขึ้นขณะที่ผู้สูงอายุเข้ารับการดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่ามีอาการดังกล่าวจึงมีการจัดการอาการใน 3 ลักษณะคือ

1) การสื่อสารความผิดปกติที่ยังมีอยู่แก่บุคลากร

ผู้สูงอายุที่ยังคงมีอาการอยู่หรือมีอาการผิดปกติอื่นเกิดขึ้น ผู้สูงอายุบางรายจะเรียกญาติเพื่อบอกเล่าอาการผิดปกติ เมื่อบอกเล่าอาการผิดปกติเสร็จแล้วญาติจะแจ้งอาการแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล “ผู้สูงอายุหญิงเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ กวักมือเรียกญาติ เมื่อคุยเสร็จญาติจึงเดินมาบอกเจ้าหน้าที่พยาบาล เมื่อเจ้าหน้าที่เข้าไปสอบถามอาการได้ความว่า ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เจ้าหน้าที่จึงโทรรายงานแพทย์เจ้าของไข้” (FN 06125113) ผู้สูงอายุบางรายจะมีการสื่อสารอาการ ความทุกข์ทรมานหรือความผิดปกติแก่บุคลากร “เจ็บมองได้ปวดมองได้กะบอกหมอ เป็นหยั่งกะบอกหมอ” และ “กะบได้เฮ็ดหยั่ง ยามหมอมาทามก็บอกเพิ่น” ดังที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า

“หมอกะมาถามว่าคุณยายเจ็บหน้าอกอยู่บ่ ยายกะว่าแน่นอยู่ เพิ่นกะว่าแน่นแบบไหน ยายกะว่าแน่นตรงนี้ทั้งแน่นทั้งเสียบ เสียบขึ้นแน่นขึ้น แน่นแล้วกะเมื่อย เมื่อยหลายบ่ ยายกะเลยว่ามีเมื่อยมากเมื่อยจนบ่อยากตึงคิงพุ้นหละ” (AF 12015204)

“หมอมากะบอกว่าเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก มันเจ็บมันปวดกะบอกเพิ่น มาสอดมือหมอแล้วอียังกะลือยุนำหมอ เจ็บมองได้ปวดมองได้กะบอกหมอ เป็นหยั่งกะบอกหมอ เป็นหยั่งต้องบอกเพิ่นเพิ่นจึงลือลือได้ขอยเฮาถูก” (AM060252101)

2) การให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

เมื่อมาถึงโรงพยาบาลผู้สูงอายุจะให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา “เพิ่นบอกรบให้ตึงกะบ่ตึง นอนอยู่ซื่อ ๆ” และ “บ่สิ้นความหมอ” ทั้งในเรื่องของการรับประทานยา การรับยาฉีด การรับออกซิเจน การติดอุปกรณ์ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยการดูแลต่าง ๆ ดังกล่าวส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะรับรู้เป็นภาพรวม ไม่ได้ละเอียดลึกซึ้งว่าการดูแลรักษาแบบใดช่วยรักษาหรือบรรเทาอาการใด “ได้กลับไปใส่ท่อ...กะจักแหล่วกะจักลิเป็นหยั่ง” หรือ “ฉีดยาเข้าสายน้ำเกลือ แต่ต่าบ่ฮู้ตอกว่ายาหยั่ง” แต่อย่างไรก็ตาม ในผู้สูงอายุบางรายจะได้รับข้อมูลจากพยาบาลก่อนรับประทานยา ว่าช่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก “เพิ่นว่ายาแก้เจ็บแก้ปวดว่าซัน” โดยผู้สูงอายุได้ให้ข้อมูลสะท้อนการให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาว่า

“ไปสอดกะให้ออกซิเจนแล้วกะเอาแนวมาติด ๆ นาโตนี้หละว่าตรวจหัวใจว่าซัน แล้วกะบอกว่าบ่ให้ตึงเฮากะบ่ตึง กะเชื่อเพิ่นเพราะเพิ่นเป็นหมอเพิ่นเป็นคนดูแลเฮา...เพิ่นกะให้กินยาว่ายาโรคหัวใจ ให้อมไว้ใต้ลิ้น จักยาหยั่งบุนันิงให้อมอันหนึ่งให้หย่า ๆ...แม่น อมคือฮอลส์นี่หละ แต่ว่าอีกอันหนึ่งนั่นให้หย่า...เพิ่นกะฉีดยานาฉี ฉีดเข้าสายน้ำเกลือ แต่ต่าบ่ฮู้ตอกว่ายาหยั่ง เพิ่นบ่ได้บอก มันคือสิด่วนติเลยพากันพ้าว ยายยังกะขามเถอะเพิ่นกะคือลิให้กินเพื่อรักษาเฮานั้นหละ” (AM27125101)

“ไปแล้วก็เข้าฉุกเฉินเนาะ ไปแล้วเค้าก็ว่าไม่ดีก็เลยรายงานแพทย์เวรนะคะ ตอนนั้นหมอเวรนะคะโทรรายงานอาจารย์หมอ อาจารย์ก็ให้เข้าไอซียูแล้ว

หมอก็บอกว่าป้าผมจะให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนนะ...ให้ยาละลายลิ่มเลือดว่าฉัน ยาขยายหลอดเลือด ให้ก็ให้เอาตามหมอนั่นแหละ รักษาตามแนวทางเพิ่ม” (CF 18015206)

3) การขอส่งต่อหรือถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพเหนือกว่า

ในขณะนี้ ผู้สูงอายุบางรายจะได้รับการจัดการอาการ โดยการส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า เช่น จากโรงพยาบาลชุมชนไป โรงพยาบาลจังหวัด จากโรงพยาบาลจังหวัดไปยังโรงพยาบาลศูนย์ หรือจากโรงพยาบาลศูนย์มา ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทั้งจากการขอส่งตัวและการถูกส่งตัวเข้ารับการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุให้ ข้อมูลว่า

“ว่าแม่นนอนอยู่หกล้านพันหละ อยู่ไปกินยาไปเพิ่มกะ ลีว่ามันบ่ดีขึ้นหละตัวกะเลยส่งมาขอนแก่น... อยู่หนองคายกะเจ็บหัวใจคือเก่า บาดที่นี้เพิ่มกะ ว่าไอ้ยาย หมอบ่อยากเว้าดอกเพราะว่าหมอกะวิจัยบ่ออก...เพิ่มกะถามว่ายายสิไปโรงพยาบาล หนองคายบ่ ยายกะเลยว่าถ้าหมอให้ไปกะสิไป เพิ่มกะเขียนใบส่งตัวให้” (AF 12015204)

“หมอเค้าบอกว่าต้องทำใจเนาะ แก้อีก สมอแงขาด ออกซิเจน เราก็เลยว่าจะไระยังไม่รักษาเลยแต่มาบอกให้ทำใจ ยังไม่ได้ทำอะไรเลย ถ้าเป็นอย่าง นี้ก็ส่งไปจังหวัดเลย ก็เลยเดินเรื่องขอส่งตัวเข้าโรงพยาบาลจังหวัด” (CM 15015205)

ผลการจัดการในระบะที่มีกลุ่มอาการไม่ดีขึ้นพบว่า ในระบะนี้ ผู้สูงอายุจะได้รับการจัดการอาการทั้งจากคลินิก โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์หรือแม้กระทั่งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ แต่กลับพบว่าผู้สูงอายุยังคงมีอาการอยู่ โดยผู้สูงอายุบางรายอาจบรรเทาอาการลง (AM27125101, AM 29125102, AM07015203, AM13015205, AM20015206, AM20015207, AF24015208, AM06025210, AM11025211) แต่ ผู้สูงอายุบางรายกลับไม่สามารถบรรเทาอาการลงได้ หนำซ้ำยังมีอาการรุนแรงและทรุนทรามาก ขึ้นอีกด้วย (AF 12015204, AM02025209, AF 02125112, AF 06125113, AM08125114, AM 14125115, AF 18125116, AF 23125117) ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวจะได้รับการส่งต่อเพื่อทำการ รักษา หรือต้องได้รับการรักษาอื่นเพิ่มขึ้น ดังที่ผู้สูงอายุให้สัมภาษณ์ว่า

“มันกะดีขึ้นจึกหน่อยอยู่ เจ็บหน้าอกกะดีขึ้น หายใจกะค่อย ยังชั่ว แต่ว่ามันกะยังบ่ทันเซาคัก” (AM27125101)

“มาฮอดแล้วเค้ากะเอายามาให้หย่าเม็ดหนึ่งแล้วกะเอามาให้ อมใต้ลิ้น เอ็ดแล้วกะบ่ลงตัวมันคือเก่าอยู่ ฮั่นกะยังฮั่นคือเก่าอยู่...คือเก่า มีอาการอีหยังมากะ ยังหมดทุกแนว เลยได้เอ็กซ์เรย์ บ่ทันโดนกะส่งต่อมาศรีนครินทร์” (AM02025209)

2.2.2.2 การจัดการกลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท

ในขณะนี้ผู้สูงอายุจะยังคงมีอาการอยู่ ซึ่งอาการที่ยังหลงเหลือได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก อาการเมื่อยหรือรู้สึกล้า ซึ่งผู้สูงอายุจะมีวิธีการในการจัดการกับอาการดังกล่าวใน 3 ลักษณะได้แก่

1) การสื่อสารความผิดปกติที่ยังมีอยู่แก่บุคลากร

เมื่อยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ผู้สูงอายุจะมีการสื่อสารความผิดปกติหรือความทุกข์ทรมานจากอาการที่ยังคงมีอยู่แก่บุคลากรผู้ให้การดูแล (AM06025210) “เป็นหยิ่งกะบอกเพิ่น เจ็บม่องได้กะบอก” หลังจากนั้นผู้สูงอายุจะขอรับการดูแลจากบุคลากร โดยการบอกการดูแลที่ตนต้องการ (AM 20015206, AM20015207, AM11025211) “ตอนนั้นแกอยากได้อะไรก็เขียนใส่กระดาษบอก” นอกจากนี้เมื่อได้รับการดูแลรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ผู้สูงอายุและญาติจะมีการซักถามเกี่ยวกับแผนการรักษา และปรึกษาหรือขอคำแนะนำจากบุคลากรเกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่ยังคงอยู่ “ก็ถามหมออยู่ว่าทำไมมันยังไม่หาย ยังหายใจไม่ดี แล้วถ้าเป็นอย่างนี้จะทำยังไงต่อ จะรักษาแบบไหน”

2) การให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระบะที่มีกลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท ผู้สูงอายุจะให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนพร้อมใส่ขดลวด ผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดหลังการทำ โดยเฉพาะการนอนราบ 6 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดบริเวณแผล (AM08125114, AM 14125115) รวมทั้งการติดอุปกรณ์ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (AM07015203, AM13015205) “มันปกติดี เว้าพื้นถ้าหมอให้เมื่อยยามได้กะพอสิเมื่อยได้อยู่ แต่ผมกะบ่อยากสิ้นความหมอ ถ้าเป็นหยิ่งมากะสิว่า เป็นหยิ่งคือเก่งแท้เจ้า กะสิว่าได้...เพิ่นกะบอกกว่าบ่ให้ลุก กะบ่ลุก...ถ้าผมสิลุกผมกะลุกได้อยู่ เฮ็ดได้อยู่แต่บ่สิ้นความหมอ” และ “กะไปไม่ได้ หมอสั่งไม่ให้กระดิกให้อยู่กับที่”

3) การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการหายใจลำบากหรือหายใจหอบด้วยการดูแลตนเอง โดยการหายใจเข้าออกลึกๆ (AM 20015206) “หอบมากะหายใจยาว ๆ ลึก ๆ” การจัดการอาการเมื่อยหรือรู้สึกล้าร่วมกับการหายใจลำบากโดยการดมยาหอมหรือน้ำยาที่มีกลิ่นหอม (AM 20015206, AF05025208) และการนอนพัก (AF05025208, AM06025210) “มันหอบมันเมื่อยกะทายาหอมดมยาหอม” และ “ยายเมื่อยเพลียยายก็นอน ทั้งวันมีแต่นอน”

4) การพึ่งพาญาติ

เมื่อผู้สูงอายุมีการจัดการกับอาการโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ทำให้ญาติต้องเข้ามาดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ “เฮาเฮ็ดบ่ได้กะต้อง

เอ็นเขา” (AM20015207) หรือ “เพ็นบ่ให้เฮ็ดหยัง ให้อนพักซื่อ ๆ ลูกกะเลยมาช่วย” (AM08125114) ซึ่งญาติเข้ามาดูแลผู้สูงอายุในเรื่องของการสนับสนุนการดูแลซึ่งได้แก่ การหยิบจับข้าวของให้ การอาบน้ำเช็ดตัว การดูแลเรื่องอาหาร การเลิฟฟุอุปกรณ์ขับถ่ายปัสสาวะและ อูจจาละ การดูแลความสุขสบายทั่วไปเช่น การบีบนิ้ว การดูแลด้านจิตใจเช่น การให้กำลังใจ การ ป้องกันการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ ดังที่ผู้สูงอายุและญาติเล่าว่า

“กะช่วยดูแลหยิบจับของ เค้าไม่ให้ตึง แต่ไม่ค่อยได้ ช่วยอะไรมาก เพราะเราเดินได้ แต่ก่อนที่จะสวนปัสสาวะยังเดินได้ปกติเลยแหละ ช่วยแค่เล็ก ๆ น้อย ๆ” (AM07015203)

“กะเวลาอาบน้ำกะซอยเช็ดตนเช็ดโต ใส่เสื้อผ้า เวลา เจ็บหลายเพ็นบ่ให้ลงเตียงเขาจะเอากะโถนมาใช้เวลาปวดเหยี่ยวปวดขึ้นกะทำที่เตียงเลย เวลา ปวดเหยี่ยวให้ลูกเอามาให้เหยี่ยวปวดชี้ให้ลูกเอามาให้ชี้ ห้ามเดิน” (AM13015205)

“ถ้าว่าปวดขาเกินกวดขาให้ปวดแขนเกินกวดให้ นอกนั้นก็ จะพูดคุย อยู่เป็นเพื่อน” (AM20015206)

“ก็มาพูดมาคุย มาชวนพ่อคุยคลายเครียด ไม่ให้พ่อ หมกหมุ่นคิดเรื่องเจ็บป่วย เดี่ยวจะเครียด” (CF 20015207)

ผลการจัดการอาการในระยะนี้พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งจะหาย จากอาการทุกข์ทรมานที่นำมาโรงพยาบาล ได้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจครบ ทุกเส้นที่อุดตัน (HR24015208, HR11025211, HR 02125112, HR14125115) ส่วนอีกกลุ่มหนึ่ง ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพแล้วแต่ก็ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ “ยังมี อยู่ ยังหอบยังเหนื่อยอยู่แต่ไม่มาก” ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจเหนื่อยหอบ อาการ เหนื่อยหรือรู้สึกล้า ซึ่งพบในผู้สูงอายุ 2 กลุ่มคือ 1) ผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายที่ไม่พร้อมเช่น มี การทำงานของไตผิดปกติ ไตวายทำให้ไม่สามารถทำการตรวจสวนหัวใจหรือขยายหลอดเลือด หัวใจได้ หรือผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจแต่ไม่สำเร็จ (HR07015203, HR13015205, HR20015207) และ 2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือด หัวใจไม่ครบ (HR20025206, HR06025210) ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้จะยอมรับผลการรักษา เนื่องจากตนได้พยายามรับการรักษาเต็มที่แล้ว และเชื่อว่าแพทย์ผู้ทำการรักษาก็พยายามให้การ รักษาเต็มที่แล้วเช่นกัน แต่เมื่อไม่สำเร็จก็ต้องยอมรับผลการรักษาตามนั้น “เราทำเต็มที่แล้ว ตัดสินใจให้ทำแล้ว แต่คนไข้ไม่พร้อมก็ต้องยอมรับ” อย่างไรก็ตามกลับพบว่า ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกขงใจและวิตกกังวลก่อนการยอมรับผลการรักษา เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษาว่า การรักษาที่ตนได้รับยังไม่เสร็จสิ้นสมบูรณ์ “มันยังเหลืออยู่เส้น หนึ่งยังไม่ได้ขยาย” ทำให้ผู้สูงอายุและญาติเกิดความรู้สึกขงใจ วิตกกังวลและกลัวตาย จากการที่ ไม่สามารถขยายหลอดเลือดหัวใจได้ครบทุกเส้น แต่ผู้สูงอายุและญาติไม่ได้รับข้อมูลถึงปัญหา อุปสรรคและข้อจำกัดในการทำจึงทำให้เกิดความขงใจ “ผมก็สงสัยว่าทำไมเส้นหนึ่งทำได้แล้ว

เส้นที่เหลือเอาไว้ทำไม ก็ข้องใจครับ” นอกจากนี้ แพทย์ยังวางแผนการรักษาโดยให้ผู้สูงอายุกลับไปรับประทานยาที่บ้านก่อน ทั้งที่ก่อนทำการรักษาแพทย์และเจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลโน้มน้าวให้ผู้สูงอายุทำการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยบอกว่าถ้าไม่ทำจะไม่หาย เพราะโรคนี้รักษาด้วยยาไม่ได้ ต้องทำการขยายหลอดเลือดหรือผ่าตัดเท่านั้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงแสดงความรู้สึกต่อผลการทำหัตถการดังกล่าวในลักษณะของความคับข้องใจว่า ทำไมไม่ทำให้เสร็จทุกเส้น ปลอยเส้นที่เหลือไว้ทำไมและเกิดความกลัวว่าอาการจะกำเริบก่อนวันนัด ดังที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า

“ก็เข้าไปแล้ว เอาไปทำแล้วแต่กินนอนไม่ได้ นอนไม่ได้ก็ต้องยอมรับ ในเมื่อเราตัดสินใจรักษาเต็มที่แล้วแต่ร่างกายไม่พร้อม เราก็ต้องยอมรับ หมอบอกว่าต้องรักษาเรื่องไตก่อน ก็จะกลับไปกินยาต่อที่บ้าน...ก็เอาตามนั้น เพราะว่ามันก็เป็นไปตามคำแนะนำ เราก็เข้าใจ เพราะว่าไตนี่เราก็ต้องฟอกแล้วถ้าจะไปรักษาหัวใจไปด้วยกลัวว่ามันจะไม่ไหว แพนก็บอกว่าคงรอให้เรื่องไตดีขึ้นก่อนแล้วค่อยจัดการเรื่องหัวใจ เพราะว่าตอนนี้ถึงจะรักษาเรื่องไตแต่หมอก็ยังไม่ทิ้งเรื่องหัวใจ หมอก็ยังรักษาเรื่องหัวใจอยู่ แต่ถ้าจะรักษาที่สาเหตุมันจริง ๆ ก็คงต้องรอให้เรื่องไตดีขึ้นก่อนแล้วค่อยว่ากันต่อไป ให้มันเป็นไปตามสเต็ป...เราก็เอาตามนี้” (AM29015207)

“ตอนนี่คือรักษาให้หายอยู่ที่วันไม่เป็นไร ผมมาคิดแล้วถ้าไปก็อยากไปปกติ ...อ้อทำไมหมอมักรักษาอยู่นี้ให้มันหาย หมอว่าถ้าจะกลับบ้านต้องเอายาไปกินที่บ้าน...ก็กลัวไปซื้ออกตายที่บ้าน ไปเกิดซื้ออกเกิดอีกเสบอะไร เพราะว่าถ้าเป็นมาก็ต้องมาทำอยู่นี้เหมือนเดิม... เพราะว่าหมอบอกว่ายังเหลืออีกสองเส้นที่ยังไม่ได้ทำ ยานี้มันแค่ทำให้ทุเลาอาการ...ก็ว่าจะคุยพุงนี้เนี่ย ๆ เรื่องนี้แหละสำคัญ ทำไมไม่ทำให้ผมให้เสร็จไปเลย เว้นไว้ทำไมในเมื่อรักษาเส้นหนึ่งได้อีกสองเส้นเอาไว้ทำไม นี่แหละที่ผมสงสัยว่าจะถามดูก่อนกลับบ้าน ว่าเหลืออยู่สองเส้นเว้นไว้ทำไมให้เค้าน่าทรมาน ทำไมยังไม่ทำ หรือว่าคนไข้เยอะหรือว่าต้องรอคิว... อารมณ์คนเราปกติเนาะถ้าข้องใจ คนเราไม่รู้หมดไม่รู้จริงก็มีอารมณ์เหมือนกัน เอาไว้ทำไม เว้นไว้ทำไม คุณหมอมักรักษาเส้นเอาไว้สองเส้นทำแค่เส้นเดียวเหลือไว้ทำไมก็ว่าจะถามอยู่” (AM22015206)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ผู้สูงอายุและญาติจะเกิดความคับข้องใจและเกิดความกลัวว่า อาการจะกำเริบขณะกลับไปรับประทานยาที่บ้านเพื่อรอกลับมาทำหัตถการตามนัด แต่ผู้สูงอายุและญาติก็ยอมรับวิธีการรักษาดังกล่าว โดยเชื่อว่าวิธีการรักษาที่ตนได้รับเป็นวิธีการที่หมอได้ตระหนักและประเมินว่าดีที่สุดแล้ว ผู้สูงอายุและญาติจึงยินดีปฏิบัติตามแผนการรักษาดังกล่าว ดังที่ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า

“คุยกั้กับหมอล้แล้ว หมอบอกว่าระหว่างนี้ก็ทานยาไปก่อนล้แล้ว ค่อยกลับมาทำตอนล้ันเดือน (6 กุมภาพันธ์ 2552) กลับไปบ้านก่อนช่วงนี้คนไข้รอคิวทำเยอะอีก หนึ่งอาทิตย์ค่อยกลับมา...ก็ไม่มีไรตอนนี่ก็ดีขึ้นล้แล้ว...ก็เอาตามหมอ รอคิวทำเพราะว่ามันก็แค่อาทิตย์เดียวเดี๋ยวล้ก็มาทำคงยังไม่เป็นอะไร ไม่ค่อยกลัวเท่าไรหร้อย่างน้อยก็ทำไปแล้วบางส่ว...ก็

ถ้าคุณหมอให้กลับบ้าน ไปกินยาที่บ้านก็ไปตามที่หมอสั่ง...สุดแล้วแต่หมอ หมอคงประเมินดีแล้วว่าโอเคถึงให้กลับ...ก็ยอมรับ หมอจะให้ทำยังไงก็ต้องเอาตามหมอ...เราต้องเชื่อหมอ เพราะหมอ มีหน้าที่รักษาคนป่วย ร้อยเปอร์เซ็นต์หมอรักษาให้คนป่วยหาย ถึงแม้จะมีตายบ้างมีฟุ้งกันบ้าง แต่ส่วนที่ดีก็เยอะ เราก็เอาส่วนที่ดี หมอเค้ามีหน้าที่ มีความรู้ในการรักษาคนป่วยทุกคนมีหน้าที่ ต้องทำอย่างนั้น อย่างผมเป็นครูก็มีหน้าที่สอนเด็กเป็นเรื่องธรรมดา” (AM23015206)

2.2.2.3 การจัดการกลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย

การจัดการอาการในระยะนี้พบว่า ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการใน 3 ลักษณะได้แก่ การสื่อสารความผิดปกติที่ยังมีอยู่แก่บุคลากร การจัดการอาการด้วยตนเองและการพึ่งพาญาติ ซึ่งการจัดการแต่ละวิธีมีรายละเอียดดังนี้

1) การสื่อสารความผิดปกติที่ยังมีอยู่แก่บุคลากร

ในระยะนี้หากมีอาการผิดปกติใดเกิดขึ้น ผู้สูงอายุ จะแจ้งแก่บุคลากรเพื่อขอความช่วยเหลือ แต่หากไม่มีอาการผิดปกติบุคลากรจะให้การดูแลทั่วไปได้แก่ การดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย “ก็ธรรมดา ก็ให้น้ำให้อาหาร ดูแลทั่วไป” (AM07015203) การขับถ่าย การฟื้นฟูสภาพ “นักกายภาพมาพาออกกำลังกาย...ก็ออกกำลังกายเบา ๆ ยกแขนยกขา แล้วก็เอาผ้าห่มจับยกขึ้นแล้วก็ยืดกางมือออก” (AM15015205) การเฝ้าติดตามอาการ “เพื่อนถ้าเบ่งอันนี้อยู่ สายอันนี้อยู่ นีบตันเอาออกอยู่นี้ (Monitor EKG) ยังบ๊ให้กลับให้เบ่งอันนี้ก่อน...จ้กว่าเบ่งหยั่งบูกะบู้...ผมกะบู้ดอกว่าเพื่อนติดไว้เฮ็ดหยัง กะคือลิตติไว้ถ้าเบ่งหละว่ามันลิตติหรือบ๊ดี” (AM11025210) และการให้ข้อมูลก่อนกลับบ้านซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับ ชนิดของยา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การพักผ่อน การทำงานหรือทำกิจกรรมและการมาตรวจตามนัดในครั้งต่อไป “กะมาเว้ามาคุยเรื่องยานีหละ มียาหยังแน่ถ้ากลับไปอยู่บ้านสิเฮ็ดหยังได้แน่บได้แน่ ก็นจิงได้อยู่จิงได้เพิ่นกะเว้าให้ฟัง” (AM29125102)

2) การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง

ในระยะนี้ ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการด้วยการดูแลตนเองโดยการฟื้นฟูสภาพเพื่อเตรียมตัวกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การลุกนั่ง การเริ่มเดิน (AM29125102, AF 12015204, AM02025209, AM11025210, AM11025211) “เมื่อวานนี้ ตอนสามสี่โมงแลงนี่แหละ เพิ่งเริ่มเดินเมื่อวานนี้” การทำกิจกรรมด้วยตนเองเช่น การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ (AM27125101, AM 29125102, AF 12015204, AM13015205, AF24015208, AM02025209, AM06025210, AM11025211, AF 02125112, AF 06125113, AM 14125115, AF 18125116, AF 23125117) “กินข้าวกะกินได้อยู่ จับชดเอง บางทีเอกะกินจนหมด” นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเองในเรื่องของการทำจิตใจให้สบาย เนื่องจากเชื่อว่า ความเครียดหรือความไม่สบายใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงทำใจให้สบาย ไม่คิดมาก (AM29125102, AF 12015204, AM02025209) “ไม่อยากคิดมากเดี๋ยวะ

กระตุ้นกระตุ้นแล้วก็เป็น... กระตุ้นแล้วอาจจะช็อกไปเลยก็เลยไม่อยากกระตุ้น ก็พยายาม
หายใจยาวๆ คิดแต่สิ่งดี ๆ สิ่งไหนไม่ดีก็ไม่ต้องไปคิด”

3) การพึ่งพาญาติ

ในขณะนี้ผู้สูงอายุจะมีอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย ทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพได้ ซึ่งต้องพึงพาญาติในการฟื้นฟูดังกล่าว โดยญาติจะเข้ามาดูแลด้วยการพาเดินและประคองเข้าห้องน้ำ “กะคอยดูแล พาเข้าห้องน้ำ” (AM 29125102) ดูแลและช่วยเหลือเกี่ยวกับการอาบน้ำและเช็ดตัว “เขาจะถามว่าพ่อเช็ดโตบมีอนี่เขาจะว่าเช็ด เค้กะเช็ดให้เฮ” (AM11025210) การจัดหาอาหารที่ผู้สูงอายุต้องการและไม่ขัดต่อการรักษา “เขาจะไปซื้อของให้แนวเฮาไคแล้วเาะเขาจะเริ่มสื้อยากกินนั้นกินนี้ กะบอกเขาไปซื้อหมากหุ้งสุกมากินเขาจะซื้อมาให้” (AM02025209) ตามใจอาการ “ลูกกะเข้ามาส่องดู มาถามว่าเป็นจังได้ เจ็บไสเป็นไส เาะกะว่าบเป็นหยังปกติทุกแนว” (AM27125101)

เงื่อนไขด้านสุขภาพหรือการเจ็บป่วยตามแนวคิดของ ดอตต์ และคณะ โดยเงื่อนไขในการจัดการอาการแบ่งได้เป็น 2 ระยะ ได้แก่ เงื่อนไขการจัดการอาการก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเงื่อนไขการจัดการอาการขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเงื่อนไขการจัดการแต่ละระยะมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 เงื่อนไขการจัดการอาการก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การจัดการกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ และการจัดการกลุ่มอาการเป็นตาทาย ซึ่งเมื่อพิจารณาการจัดการอาการแล้วพบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการอาการที่คล้ายกันใน 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การจัดการอาการด้วยตนเองและการใช้ยา 2) การจัดการอาการโดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ซึ่งการจัดการอาการทั้งสองลักษณะจะมีเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องในการจัดการอาการ 2 เงื่อนไขได้แก่ เงื่อนไขด้านบุคคลหรือการรับรู้ของผู้สูงอายุและเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม โดยแต่ละเงื่อนไขมีรายละเอียดดังนี้

2.3.1.1 เงื่อนไขการจัดการอาการด้วยการดูแลตนเองและการใช้ยา

1) เงื่อนไขด้านบุคคล เป็นเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการอาการก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ และกลุ่มอาการเป็นตาทายด้วยการดูแลตนเองและการใช้ยา โดยการจัดการอาการที่หลากหลายและแตกต่างกันมีเงื่อนไขด้านบุคคล ได้แก่ 1.1) การจัดการตามการรับรู้อาการของผู้สูงอายุ คือการรับรู้ว่ามีอาการอย่างไรก็จัดการตามนั้น เช่น มีอาการเจ็บหรือปวดจะทานยาแก้ปวด แสบร้อนบริเวณทรวงอกและลำคอจะดื่มน้ำ อมแอ็กคอมฮอลล์ “มันฮ้อนคอกะเลยกินน้ำ อมฮอลให้มันเย็นชุ่มคอ” 1.2) ตามการรับรู้สาเหตุของการเกิดอาการ กล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นเกิดขึ้นจากสาเหตุใด ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการตามนั้นเช่น เมื่อคิดว่าอาการดังกล่าวเกิดจากโรคกระเพาะอาหารก็จะรับประทานยารักษาโรคกระเพาะอาหาร เช่น ยาธาตุน้ำขาว ยาแอนตาซิด หรือผู้สูงอายุที่คิดว่าอาการเจ็บหน้าอกร้าวไปที่อวัยวะอื่นเกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น จะดูแลโดยการบีบนิ้ว “ก็บีบนวดให้คลายเส้น” ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานหรือโรคหัวใจเป็นโรคประจำตัว เมื่อมีอาการเกิดขึ้นจะรับรู้ว่าเกิดจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่จึงใช้วิธีการจัดการโดยการรับประทานยา “กะว่าเป็นอันเก่า เป็นหัวใจอันเก่าเลยอมยา” หรือ “ว่าเบาหวานขึ้นเลยให้กินยาเบาหวาน” ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ทราบสาเหตุ การจัดการจึงไม่ได้มีเหตุผลหรือวัตถุประสงค์ในการช่วยบรรเทาอาการ แต่เป็นการกระทำเนื่องจากความตกใจและไม่รู้ว่าจะทำอะไรโดยใช้ของใกล้ตัว “พอดียามันอยู่กันกะตำ (ตะกร้า)” และ “ไม่รู้จะทำอะไรเผื่อดีขึ้น” หรือ “จักษิเฮ็ดจังได้” พบในการดมยาดม ยาหม่องหรือพืชมานเมื่อมีอาการเมื่อยหรือหายใจหอบ การบีบนิ้วเมื่อมีอาการสับสนคลุ้มคลั่งและการจิบน้ำอุ่นเมื่อมีอาการหายใจลำบาก 1.3) การจัดการอาการตามการรับรู้ความรุนแรงของอาการกล่าวคือ ผู้สูงอายุและญาติที่รับรู้ว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรง เป็นแล้วหาย เป็นโรคกระเพาะ

อาหารและเป็นอาการของคนแก่ ทำให้คิดว่าเป็นอาการหรือเป็นโรคที่ไม่รุนแรง “เป็นธรรมดา” ผู้สูงอายุจะจัดการโดยการดูแลตนเองและยังไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ผู้สูงอายุที่ยังคงมีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่หรือเมื่อจัดการอาการด้วยตนเองแล้วไม่ดีขึ้น ผลการดูแลตนเองไม่เป็นที่น่าพอใจ ผู้สูงอายุจะใช้วิธีการแสวงหาการดูแลจากแหล่งอื่นเช่น จาก บุคลากร จากหน่วยงานด้านสุขภาพ ได้แก่ สถานีอนามัย คลินิกในชุมชนและโรงพยาบาลใกล้บ้าน

“กะตามอาการนั้นแหละ มันแสบมันฮ้อนเนาะ กะเลยกิน น้ำน้าแหละบางเทียบมันเป็นแสบหลาย เป็นฮ้อน ๆ คอเนาะกะเลยได้กินน้ำแก้แสบฮ้อนคอ กินน้ำกะ ว่ามันลิเย็นมันลิขอยให้เฮฮ้อนเฮาแสบ” (AM27125101)

“ผมว่าผมเป็นโรคกระเพาะผมกะเลยหายาธาตุน้ำชาวมากิน ...ว่าเจ้าของเป็นโรคกระเพาะซื้อ ๖๖ ได้เป็นหยั่งหลายกะเลยบ่ทันได้มาโรงบาล...แล้วกะได้ เอ็ดจั้งซี ผมได้เอ็ดจั้งซีจั้งโคไหน นั้งโก่งคอกหายใจตรงอยู่หืด ๆ (แสดงทำโน้มตัวไปข้างหน้าห่อปากเล็กน้อยแล้วหายใจออกทางปากซ้ำ ๆ ส่งเสียงตรงฮือ ๆ ๆ)...ครับกะว่ามันหายใจบ่ทันกะเลย ได้หายใจทางปากขอย เคยเอ็ดแล้วมันกะโค กะหายใจโล่ง แต่ถ้าเป็นหลาย ๆ เอ็ดแล้วกะบ่เฮา ดอก” (AM02025209)

“มันก็ไม่หายแหละครับเพราะว่ามันไม่ใช่ฮาร์ทเบิร์น มัน ก็ยังเป็นอยู่ก็เลยได้มานี้แหละมาโรงพยาบาล” (CM11025211)

2) เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลจากหลายแหล่งในการจัดการอาการคือ 2.1) จากคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน โดยผู้สูงอายุจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการอาการจากคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านซึ่งมีการบอกต่อกันมา “รู้มาจากชาวบ้าน” รวมทั้งได้รับการบอกกล่าวหรือคำแนะนำจากเพื่อนบ้านให้เข้ารับการรักษา “เพิ่มว่าเป็นหนัก เพื่อนบอกมากะเลยมา” 2.2) จากคำแนะนำของบุคลากร โดยผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรว่า เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกให้รีบอมยาใต้ลิ้น ถ้าไม่ดีขึ้นให้รีบมาโรงพยาบาล ผู้สูงอายุก็จะจัดการอาการตามคำแนะนำนั้น “พยาบาลบอกว่าถ้าเจ็บหน้าอกให้อมยา” หรือ “หมอเพิ่มว่าให้เอายามาอมถ้าเจ็บหน้าอก อมแล้วไม่ดีขึ้นก็ให้รีบมา” 2.3) การจัดการอาการตามความเคยชินหรือการปฏิบัติอยู่เป็นประจำ และประสบการณ์เดิมที่เคยใช้แล้วได้ผล “เป็นคนติดยาหม่อง” หรือ “ก็เรชินก็เลยทำแบบนี้” และ “เคยเอ็ดแล้วมันกะโค” ซึ่งวิธีการจัดการอาการ ได้แก่ การดื่มน้ำยำนาง จิบน้ำอุ่น โนม้ตัวไปข้างหน้าห่อปากแล้วหายใจทางปาก ให้นั่งพักเฉย ๆ และให้ดมยาดมหรือยาที่มีกลิ่นหอม เพราะเชื่อว่ากลิ่นจะช่วยให้สดชื่นและหายใจโล่งขึ้น

“เพิ่มพากิน อย่างเวลาท้องอืดท้องเฟ้อก็กินกุยฉง กลั่นเพราะว่าเพื่อนบอกมา (เพื่อนบ้าน) พ่อแม่ก็พากิน เราเคยกินอย่างนี้พ่อเป็นมากะเลยได้กิน” (AM22015206)



“ก็ก่อนหน้านี้ ตอนนั้นแพทย์หรือพยาบาล อือ พยาบาลนี่แหละบอกว่าถ้ามีปัญหาถ้าแน่นหน้าอกก็ให้อมยาใต้ลิ้น ถ้าอมแล้วไม่ดีขึ้นก็ให้รีบมา” (AM18025215)

“ไม่มีอะไรเลยมีแต่ยาหม่อง ปกติเป็นคนติดยาหม่องก็ เอายาหม่องมานวดมาทา นวด ๆ ตามนี้...คือมันทำประจำ ติดด้วยความเคยชินนะครับ คือทายา หม่องเจ็บหน้าอกก็เอามาทา...ก็ทาแต่ยาหม่องไม่รู้จะทำอะไร” (AM20015206)

2.3.1.2 เงื่อนไขการจัดการอาการโดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

เงื่อนไขที่เกี่ยวกับการจัดการอาการ โดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

ในโรงพยาบาลพบเฉพาะระยะที่มีกลุ่มอาการเป็นตาคาย ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามี 3 เงื่อนไขได้แก่ เงื่อนไข ด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย โดยทั้ง 3 ส่วนเป็นทั้ง ปัจจัยส่งเสริมและยับยั้งไม่ให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา ดังนี้

1) เงื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรงและการรอดูอาการ การรับรู้สาเหตุของอาการและความอดทนของผู้สูงอายุ ซึ่งมี รายละเอียดดังนี้

(1) การรับรู้ความรุนแรงและการรอดูอาการ โดยรับรู้ ว่าอาการดังกล่าวมีความรุนแรงมาก “หนักเต็บ” หรือ “เป็นแล้วจะเป็นแสบเป็นหลายโลด” แตกต่างไปจากเดิมที่เคยเป็นอยู่ “ทุกทีมันหายแต่วันนั้นมันไม่หาย” และหากไม่ได้รับการดูแล รักษาอย่างเร่งด่วนอาจทำให้เสียชีวิตได้ “ปล่อยไว้นานอาจจะเสียชีวิต” “เป็นมาก...เป็นหนักกะเลยฟ้า มา” หรือ “เป็นเหมือนจะไม่รอด ถ้ามาช้าอาจตายได้” นอกจากนี้บางอาการยังสื่อถึงอาการของคนใกล้ ตายตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ “ยางตายออก” ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันที (AM27125101, AM15015205, AM20015206, AM02025209, AM14125115) “ก็ว่ามันเป็นมาก นะครับ เจ็บหน้าอกแล้วก็ว่าหายใจไม่ออก เป็นจนคลุ้มคลั่งจนจะไม่รู้สึกตัว ดูอาการแล้วแสบเป็น มากจริง ๆ เป็นเหมือนจะไม่รอด ก็เลยรีบพากันมา” ในทางตรงกันข้าม อาการที่เกิดขึ้นบางอาการ เริ่มมีอาการในระดับเล็กน้อยก่อนที่จะเป็นรุนแรง “เป็นสองสามนาทีก็หาย” และ “กะว่ามันบ่น หายแรงบ่นขึ้นคัก” ทำให้ผู้สูงอายุประเมินความรุนแรงของอาการว่าไม่รุนแรงมาก “คิดว่าเป็น นิดหน่อย” และเนื่องจากบางอาการมีลักษณะเป็นแล้วหายไประยะหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุคิดว่า อาการดังกล่าวสามารถหายไปได้ “คิดว่ามันสิเขา” จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รีบเข้ารับการรักษาทันที (AM20015206, AM02025209, AF05125112) “กะคิดว่ามันสิเขานั้นนะครับ คิดว่ามันสิเขา...กะ มันยังบ่น หายแรงปานได้ มันบ่นได้ขึ้นคัก บาดมันขึ้นคักที่นี้แหละสิหวาไฟกะบ่เห็น” นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางรายจะเฝ้าสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของอาการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับ เล็กน้อยโดยผู้สูงอายุจะรอดูอาการก่อนว่ามีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นหรือไม่ “รอดูอาการ” หากมี อาการรุนแรงมากขึ้นค่อยรีบมาโรงพยาบาล “ผมก็นั่งดูอาการ นั่งสังเกตอาการก่อน...ตอนนั้นก็

พิจารณาตัวเอง ตอนนั้นมันก็ยังบ่เป็นหลาย แต่ทีนี้พอมันเป็นคักกะเลยได้มานี้แหละ” (AM02025209)

(2) การรับรู้สาเหตุของอาการ โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าการดังกล่าวเป็นความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรคดังกล่าวผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่าเป็นโรคที่รุนแรงจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (AM06025210, AM11025211) “ก็ถ้ามาช้าอาจจะเกิดอันตรายได้ อาจจะตายได้...เซฟไว้ก่อนนะครับกี้เลยมาเลย...ก็คิดว่าอาการมันจะเหมือนตอนพฤศจิกายนครับ ตอนนั้นได้ทำบอลลูนแล้วถึงได้กลับบ้านก็ว่ามันหลายเรื่องก็คิดว่าพ่อเราสุขภาพไม่ดีอาจจะมียาอาการกำเริบได้ เรากี้เลยคิดว่าเป็นตัวเดิมกี้เลยได้รับมาโรงพยาบาลเลย” แต่การมีอาการที่หลากหลายและไม่เฉพาะเจาะจง ทำให้ผู้สูงอายุและญาติหรือแม้แต่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเกิดความสับสน และคิดว่าอาการดังกล่าวเป็นความผิดปกติของระบบอื่น เช่น เป็นโรคกระเพาะ “ตอนนั้นกะคิดว่าเป็นกระเพาะ” หรือ “ไปอนามัยหมออนามัยก็ว่าเป็นกระเพาะ” ส่งผลให้ใช้วิธีการรักษาแบบโรคกระเพาะอาหารและใช้เวลาในการรักษานาน “เอายามากินกะบ่เขาได้เที่ยวเข้าเที่ยวออกสามสี่เทื่อ” และทำให้ผู้สูงอายุยังไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษา (AM27125101, AM11025211) “วันแรกก็คิดว่าเป็นลมในกระเพาะ...เพราะว่ากี้เหมือนกับตอนแรกนั้นแหละ มันอึดมันแน่นอยู่ท้องเนาะกะเลยว่าอย่างนั้น กะเลยยังไม่ได้มา” นอกจากนี้ ผู้สูงอายุและญาติรับรู้สาเหตุของบางอาการในลักษณะที่สัมพันธ์กับอายุคือ คิดว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการทั่วไปที่สามารถเกิดขึ้นได้ในวัยสูงอายุ (AF23125117) “เฒ่าแล้วกะเลยเมื่อซื่อๆ” และ “เฒ่าแล้วสิแข็งแรงตังตังคือหนุ่มสาวบ่ได้ดอก” ก็เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุยังไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาเช่นกัน

(3) ความอดทนของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีบุคลิกเฉพาะคือ มีความอดทนสูง “อดอยู่จ้งชั้นแหละ” (AF 12015204) และ “คือเราใจแข็งเราเป็นนักกีฬาเก่า ไม่เคยยอมแพ้ไม่เคยเข้าโรงพยาบาลเลยใจแข็ง...น้องก็ว่าแฟนก็ว่าอย่าใจแข็งหลาย อย่าทนหลายให้ไปหาหมอ...เรากี้เป็นนักกีฬานะทั้งตีแบด ชกมวยเป็นสารพัด ใจมันกี้เลยอดทน ใจสู้กี้เลยอดทนเอา ยังไม่ได้มา ตระกูลกี้ไม่ย่อหน้าเป็นเจ้าเมืองโพนพิสัยอายุร้อยยี่สิบสองปีผมนี้เป้นเหลน” (AM22015206) ทำให้ผู้สูงอายุอดทนต่ออาการและไม่เข้ารับการรักษาทันที ผู้สูงอายุจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลก็ต่อเมื่อมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นและไม่สามารถทนต่อความทุกข์ทรมานดังกล่าวได้แล้ว

2) เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม ประสพการณ์และการรับรู้ข้อมูลต่างๆ ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้ของผู้สูงอายุและญาติ ประสพการณ์ของผู้สูงอายุและญาติที่เคยพบเห็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ความยุ่งยากและภาระหน้าที่ที่บ้านและปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ ระยะทาง สภาพอากาศ ช่วงเวลาและความเกรงใจ โดยเงื่อนไขต่างๆ ดังกล่าวมีรายละเอียดดังนี้

(1) ความรู้ของผู้สูงอายุและญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการมีญาติพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัวทำงานในโรงพยาบาล กล่าวคือ ผู้สูงอายุและญาติที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา จะรับรู้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นและระดับความรุนแรงของอาการ ซึ่งมีผลต่อการให้ข้อมูลและช่วยในการตัดสินใจของผู้สูงอายุและครอบครัว ให้รีบเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล (AM22015206, AM18125116) “น้องเป็นพยาบาลเค้าเรียนทางหมอเค้าบอกมา” นอกจากนี้ การมีญาติพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัวทำงานในโรงพยาบาลทำให้เกิดความเคยชินกับสถานที่และบุคลากร ส่งผลให้สามารถประสานงาน ปรีกษาและขอรับข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ (AF 08125114) “แฟนทำงานในโรงพยาบาล น้องก็เป็นหัวหน้าตึกที่นั่น” และ “ก่อนมาแม่บ้านก็โทรถามหมอถามพยาบาลบนตึกก่อน”

(2) ประสบการณ์ของผู้สูงอายุและญาติที่เคยพบเห็น ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ผู้สูงอายุและญาติตระหนักเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงที่เกิดขึ้น “คนที่ตายเพราะเค้าชะล่าใจอยู่” ส่งผลให้รีบตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที (AM18015206, AM14125115) “พอดีเคยเห็นเพราะว่าเราเคยอยู่โรงพยาบาล คนในโรงพยาบาลแท้ๆ อยู่ที่โรงพยาบาลเป็นแฟนพยาบาลก็ยังไม่รอดมาไม่ทันเพราะว่าชะล่าใจ แต่เราคิดว่าเรายังโชคดียู่ที่ว่ายังมาทัน...ชะล่าใจก็คืออาจจะคิดว่าเป็นไม่มาก ชะล่าใจที่ว่าคิดว่าเป็นไม่มาก เป็นแบบว่ากินอะไรมากไปไหมเลยแน่นหัวใจแบบนี้ละคะ ก็เลยมาไม่ทัน เรานี้ดีก็เลยได้รับมา”

(3) ปัจจัยทางกายภาพ ได้แก่ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีบ้านอยู่ในตัวอำเภอหรืออยู่ใกล้โรงพยาบาล จะสามารถเข้ารับการรักษาหรือถูกนำตัวเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วทั้งที่ “บ้านกับโรงพยาบาลมันก็ใกล้ๆ แปปเดียวก็ถึง” (AM29125102) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่มีรถส่วนตัวแต่มีรถฉุกเฉินของชุมชนสนับสนุน จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้เร็วขึ้น “พอดีผมเป็นลูกน้องนายก อบต. แล้วที่นี่เค้ามีรถฉุกเฉิน อบต. เค้าซื้อไว้ผมกะเลยบอกให้น้องชายพี่โทรเอารถฉุกเฉินมารับ... กะบิดนเพราะว่ารถฉุกเฉินจะอยู่บ้านนั่นแหละ” (AM02025209) ในทางตรงกันข้าม ปัจจัยทางกายภาพ ซึ่งได้แก่ สภาพอากาศ ช่วงเวลา และการขาดยานพาหนะอาจเป็นปัจจัยยับยั้งให้ผู้สูงอายุยังไม่ตัดสินใจมาโรงพยาบาลได้ โดยผู้สูงอายุบางรายมีอาการเกิดขึ้นกลางดึกและเกิดขึ้นในฤดูหนาว ทำให้สภาพอากาศเย็นและมืดไม่เหมาะกับการออกนอกบ้านหรือการเดินทางในช่วงเวลากลางคืน “อากาศมันกำลังหนาวแล้วก็ตึกไปไม่สะดวก” (AM18015206) นอกจากนี้ ปัญหาเกี่ยวกับยานพาหนะที่จะนำผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลยังเป็นตัวยับยั้งไม่ให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที “รถเฮอะบ่มี...รถประจำทางตอนเช้าจั่งสิแล่น” (AF06125113) ดังนั้น หากต้องนำผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลจะต้องมีการไหว้วานเพื่อนบ้านที่มีรถส่วนตัวพามาโรงพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความเกรงใจเนื่องจากต้องไปปลุกเพื่อนบ้านขณะที่นอนหลับเพราะเกิดอาการในเวลากลางคืน “ยามกลางคืนมันเป็นเวลานอนก็

เกรงใจเขา” (AF18125116) ทำให้ผู้สูงอายุต้องทนกับความทรมานจากอาการเพื่อรอให้ถึงเช้า “มันคือนานแฉะตายมันแท้” (AF06125113)

(4) ความยุ่งยากและภาระหน้าที่ที่บ้าน ได้แก่ ปัญหาการจัดการภายในครอบครัว การศึกษาครั้งนี้พบผู้สูงอายุ 3 ราย (AF 12015204, AM02025209, CM05125113) ที่มีข้อจำกัดในเรื่องการจัดการภายในครอบครัวและมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตเนื่องจากต้องทำมาหาเลี้ยงชีพ “อดเอาเพราะว่าข้าวกะยังบ่แล้วมันกำลังยาก” และการต้องดูแลสมาชิกภายในครอบครัว โดยมีผู้สูงอายุ 1 รายที่อาศัยอยู่ตามลำพังกับหลาน ทำให้ต้องทนทรมานจากอาการเพื่อทำหน้าที่ดังกล่าวให้แล้วเสร็จก่อน “มันซิเป็นกะต้องทนเพราะว่ามีคนหนึ่งข้าวไว้ถ้าหลาน” รวมทั้งญาติผู้สูงอายุบางรายต้องดูแลทั้งผู้สูงอายุที่ป่วยและหลานไปพร้อมกัน ทำให้มีความยุ่งยากในการดูแล “ยากทั้งคนป่วยยากทั้งหลาน” และยังไม่ได้นำผู้สูงอายุส่งโรงพยาบาล จนกระทั่งมีอาการรุนแรงมากขึ้นจนทนไม่ไหวจึงถูกนำตัวส่งโรงพยาบาล “ยังบ่ได้มา ขอกลับบ้านก่อน...สองสามเมื่อก่อนได้กลับมาเพราะว่าลูกคาเกี่ยวกับข้าวอยู่ เกี่ยวข้าวบ่ทันแล้ว กะมีแต่พ่อแม่ลูกแล้วกะยากลูกเขานำมันกะยากกะเลียบได้มา กะมันยากเนาะ มันยากเขี้ยยากน้ำยากปุยยากปลา ยากหลาน....กะยากบ่ทันได้แล้วเกี่ยวข้าวมันหละ หลานกะบ่มีคนเบิ่งคนเอา เขากะเกี่ยวข้าวยังไม่แล้วกะเลยอดเอา...ตอนมานี้เค้กะว่าอยู่ว่ายายคือปล่อยให้เป็นโดนแท้ โดนตัวคุณหมอมันยากอยู่เนาะ ยากกะลปล่อยให้มันตายเลียบหมอมายายกะว่าตายกะลิตายตัวลิเฮ็ดจังได้ได้ มันลิกล้าตายบ่ บาดเจ็บมาหลาย ๆ ยายกะว่าเฮ้มิงไม่ตาย กูกะตายมิงไม่ตายกูกะตายละวะ...กะถ้ามันบ่ตาย ถ้าโรคบ่หายยายกะตายนั่นหละ มิงบ่ตายกูกะตาย...มิงนี่คือหัวใจ (หัวใจ) กะว่ามิงบ่ตายกูกะตายละวะ... ชาวบ้านเพิ่นกะว่าปาดมิงคือใจแข็งแท้คือใจอดใจทนแท้มิงคืออยู่ได้ กะเลียวบ่อดจังได้ไปโรงบาลลูกกะบ่ไปนำ เข้าไปยังบ่ได้มันยากอยู่ มันคาเวียกคางานอยู่ มันลิกล้าตายกะให้มันตายยายว่านะ เจ็บอยู่แบบนี้หละมันลิกล้าตายบ่” (AF 12015204)

3) เจื่อนไขด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า การมีโรคประจำตัวเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (HN27125101, HN07015203, HN20015206, HN20015207, HN24015208, HN06125113, HN08125114, HN 18125116, HN23125117) จะมีผลต่ออาการและการรับรู้อาการของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้ที่มีโรคประจำตัวดังกล่าวมักจะไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งเป็นอาการที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าเป็นอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือแม้จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกก็มีเพียงเล็กน้อย หรือทำให้ผู้สูงอายุรับรู้เพียงว่าไม่สบายบริเวณทรวงอกหรืออึดอัดเท่านั้น “กะมันบ่เจ็บบ่ปวดหลายเนาะ” หรือ “เป็นอึดอัดซื่อ ๆ บ่ได้เจ็บได้ปวดหน้าอก กะเลียวลืบ่แม่น (ไม่เกี่ยวกับหัวใจ)กะเลียบทันมา” อาการดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุไม่คิดว่าเป็นอาการที่รุนแรงจึงยังไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษา

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุและญาติได้รับการส่งตัวเพื่อรับการรักษาเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เข้ารับการรักษาเร็วและกลุ่มที่เข้ารับการรักษาช้า กลุ่มที่เข้ารับการรักษาที่

โรงพยาบาลเร็วภายใน 3 ชั่วโมง มีจำนวน 14 ราย ทั้งนี้ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษาเร็วเนื่องจาก มีปัจจัยส่งเสริมในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที หรือสามารถเข้ารับการรักษาภายใน 3 ชั่วโมง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สาเหตุของอาการ ความรู้ของผู้สูงอายุและญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประสบการณ์การพบเห็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การมีญาติพี่น้องหรือบุคคลในครอบครัวทำงานในโรงพยาบาล ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ในทางกลับกัน จากการศึกษายังพบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาล่าช้า หรือเข้ารับรักษาภายใน 3-8 ชั่วโมงถึง 3 ราย นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดใช้เวลาเฉลี่ยถึง 132 ชั่วโมงในการเข้ารับการรักษาโดยยังไม่รวมระยะเวลาในการเตรียมตรวจหรือเตรียมการรักษา และส่วนใหญ่ยังมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างระหว่างการอยู่รักษา โดยปัจจัยที่ไม่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคจนส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษา หรือเข้าพบผู้เชี่ยวชาญทันที ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สาเหตุของอาการ ความอดทนของผู้สูงอายุ ปัญหาการจัดการภายในครอบครัว โรคประจำตัวและปัจจัยทางกายภาพ ซึ่งได้แก่ สภาพอากาศ ช่วงเวลาและการขาดยานพาหนะ

2.3.2 เงื่อนไขการจัดการอาการขณะรักษาในโรงพยาบาล

ระยะที่ผู้สูงอายุอยู่รักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุจะมีการจัดการกับอาการหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีการจัดการอาการจะมีเงื่อนไขต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยสามารถแบ่งเงื่อนไขในการจัดการอาการเป็น 3 องค์ประกอบใหญ่ ได้แก่ เงื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมและเงื่อนไขด้านสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.3.2.1 เงื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) ความเชื่อของผู้สูงอายุต่อบุคคลากรและแผนการรักษา “เชื่อหมอเพราะอยากหาย” โดยผู้สูงอายุเชื่อว่าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการรักษาโรคที่ตนเจ็บป่วย ดังนั้น เมื่อแพทย์ให้ปฏิบัติตัวอย่างไรผู้สูงอายุจึงต้องทำตามอย่างเคร่งครัด (AM07015203, AM13015205, AF02125112, AF08125114, AM 14125115) “เพื่อนเรียนมาเพื่อนรู้ เพื่อนรักษาเขาเพื่อนบอกหยิ่งกะต้องฟัง อยากเขาจะต้องฟัง” และเมื่อได้รับคำแนะนำจากบุคลากรผู้สูงอายุจะปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เนื่องจากเชื่อว่าการกระทำหรือคำแนะนำที่ได้รับจะช่วยให้อาการดีขึ้น (AM27125101, AM 29125102, AF 12015204, AM13015205, AM20015206, AM11025211) “ต้องเชื่อเพื่อน เพราะเพื่อนเป็นหมอ เพื่อนเรียนมา เขาบได้เรียนเขาบู้กะต้องเชื่อเพื่อน” และ “เพื่อนบอกกะต้องฟัง เพราะเพื่อนรักษาเขา” หรือ “เพื่อนลิเียดให้เขาเขา อยากเขาจะต้องทำตามหมอ” 2) ความรู้หรือประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุและญาติ (AF 12015204, AM02025209, AM11025211, AM 14125115) โดยผู้สูงอายุและญาติรู้ว่าความเครียดมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ผู้สูงอายุจึงทำให้สบายเพื่อลดการกระตุ้นซึ่งอาจทำให้อาการกำเริบได้ “เราก้มีความรู้ว่าความเครียดมีผล ไม่อยากคิดมากเดี๋ยวกะกระตุ้น กระตุ้นแล้วอาจจะช็อกไปเลยก็เลยคิดแต่สิ่งดี ๆ สิ่งไหนไม่ดีก็ไม่ต้องไปคิด” 3) การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการ การที่ผู้สูงอายุยังคงมีอาการอยู่แต่อยู่ใน

ระดับที่ไม่รุนแรง ผู้สูงอายุจึงมีการจัดการอาการด้วยตนเอง (AM 20015206, AF05025208, AM06025210, AF 02125112, AF08125114, AM 14125115) “มันเป็นกะบ่ได้เป็นหลายเมื่อเฮกะนอนพัก” และ “บางอย่างมันก็เป็นไม่มาก เราทำเองได้ก็ทำ”

2.3.2.2 เจื่อนไซด้านสิ่งแวดลอม ได้แก่ 1) การอยู่รักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรเพราะเป็นผู้ให้การดูแล จึงจำเป็นต้องรู้ข้อมูลเพื่อค้นหาสาเหตุและวางแผนให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นผู้สูงอายุจึงจัดการโดยการรายงานบุคลากร (AM27125101, AM 29125102, AF 12015204, AM13015205, AM20015206, AM20015207, AM06025210, AM11025211, AF 02125112, AF 06125113, AF08125114, AM 14125115, AF 18125116, AF 23125117) “มาอยู่นำหมอ อีหยังกะขึ้นอยู่นำหมอ หมออยู่หมอลีเอ็ดเอง” และ “เป็นหยังกะบอกเพิ่น คุณหมอกับพยาบาลเพิ่นสิได้รักษาถูก อยู่นำเพิ่นกะต้องบอกเพิ่น” 2) ข้อจำกัดทางด้านการรักษา ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางด้านการรักษาเช่น การติดอุปกรณ์ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือการนอนราบ 6 ชั่วโมง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ลดลงหรือทำไม่ได้ไม่สะดวก ดังนั้น ญาติจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในระยนี้ (AM 20015206, AM20015207, AF 02125112, AM 14125115) “เพิ่นบ่ให้ตึงเฮกะเลยมาเฝ้า หยิบกระโถนให้ยามถ่มน้ำลาย อยากน้ำกะเอาให้” 3) การได้รับการดูแลหรือคำแนะนำจากบุคลากรผู้ให้การดูแล “พยาบาลเพิ่นบอกว่าดีขึ้นแล้ว ให้ลองลุกนั่งแล้วก็เดินดู เพิ่นกะมาคอยเบิงคอยดูอยู่ใกล้ๆแล้วกะปล่อยให้เอ็ดเอง” (AM 29125102, AF05025208, AF 06125113, AF 18125116, AF 23125117)

2.3.2.3 เจื่อนไซด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ 1) การยังคงอยู่ของอาการหรือผลการจัดการอาการแล้วไม่ดีขึ้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น “ซ่าเก่า” หรือ “หมอบอกว่าให้ยาแล้วไม่ได้ผล” ไม่สามารถทำการรักษาได้ “ไอย์ยายหมอกะวิจัย (วินิจฉัย) บ่ออก” ผู้สูงอายุจะได้รับการจัดการอาการโดยการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า (AM 29125102, AF 12015204, AM13015205, AM20015206, AM06025210, AM11025211, AF 02125112, AF 06125113, AM 14125115, AF 18125116) ในทางตรงกันข้าม การไม่มีอาการหรือความทุกข์ทรมานหลงเหลืออยู่ หรือในระยที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นจนแทบจะไม่หลงเหลืออาการอยู่เลย ผู้สูงอายุจะมีการจัดการในระยนี้ด้วยการเริ่มฟื้นฟูสภาพ เช่น การฝึกลุกนั่ง การฝึกเดิน และพยายามมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหรือดูแลตนเองทั้งหมด “กะมันเซาแล้ว บ่เจ็บบ่ปวดกะอยากย่างอยากเดินหละ ฟันฟูเจ้าของ” (AM27125101, AM 29125102, AF 12015204, AM13015205, AM11025210, AF02125112, AF 06125113, AM 14125115, AF 18125116) และ “พอเรารู้สึกว่าดีขึ้นเราก็กิน เดิน เข้าห้องน้ำเอง อาบน้ำเองเตรียมกลับบ้าน” (AM 29125102, AF 02125112, AM 14125115, AF 18125116, AF 23125117) 2) การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง ผู้สูงอายุบางรายมีอาการดีขึ้นแต่ได้รับ

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง “อยู่โรงพยาบาลอำเภอกะดีแล้ว ไคขึ้นแล้วแต่เพิ่มว่ามันเป็นหลาย เป็นหัวใจเลยได้ส่งตัวมา” (AM27125101) และต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการหรือเทคโนโลยีขั้นสูง จะถูกส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่าเช่นเดียวกัน “หมอเพิ่มส่งมาอยู่ที่นี่เครื่องมือมีอุปกรณ์พร้อมมีหมอเฉพาะทาง” (AM20015206) 3) ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุที่ยังคงมีข้อจำกัดด้านร่างกายเล็กน้อยเช่น เหนื่อยในการทำกิจกรรม หายใจไม่อิ่มส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ลดลงหรือทำได้ไม่สะดวก ดังนั้นญาติจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในขณะนี้ (AM 20015206, AM20015207, AF 02125112, AM 14125115) “เขาพุงเข้าห้องน้ำ เพราะว่ามันยังบั่นเขาคัก มันกะมีเมื่อยมีหอบนิดหน่อย”

ในระบะที่มีกลุ่มอาการไม่ดีขึ้น ผู้สูงอายุจะมีเงื่อนไขในการจัดการอาการประกอบไปด้วย เงื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อของผู้สูงอายุต่อบุคลากรและแผนการรักษาและการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการ เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอยู่รักษาในโรงพยาบาล ข้อจำกัดทางการรักษา การได้รับการดูแลหรือคำแนะนำจากบุคลากรและความรู้หรือประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุและญาติ เงื่อนไขด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การยังคงอยู่ของอาการหรือผลการจัดการอาการแล้วไม่ดีขึ้น การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

ในระบะที่มีกลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท ผู้สูงอายุจะมีเงื่อนไขในการจัดการอาการประกอบไปด้วย เงื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเชื่อของผู้สูงอายุต่อบุคลากรและแผนการรักษาและการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการ เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอยู่รักษาในโรงพยาบาล ข้อจำกัดทางการรักษา เงื่อนไขด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

ในระบะที่มีกลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย ผู้สูงอายุจะมีเงื่อนไขในการจัดการอาการประกอบไปด้วย เงื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการ เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอยู่รักษาในโรงพยาบาล การได้รับการดูแลหรือคำแนะนำจากบุคลากรและความรู้หรือประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุและญาติ เงื่อนไขด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การยังคงอยู่ของอาการหรือผลการจัดการอาการแล้วไม่ดีขึ้น

3. อภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุ จำนวน 17 ราย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอกแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยใน 4ก 4ข 4ค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาที่ได้ผู้วิจัยนำมาอภิปรายดังนี้ ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประสบการณ์อาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเงื่อนไขการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะพบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในวัยผู้ใหญ่ อาจเนื่องมาจากในเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพมากกว่า ซึ่งได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และความเครียดจากการทำงาน แต่ในขณะนี้เพศหญิงจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ซึ่งฮอร์โมนทั้งสองชนิดนี้สังเคราะห์จากคอเลสเตอรอลจึงทำให้คอเลสเตอรอลในเพศหญิงถูกใช้ไปมากกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในช่วงอายุ 30-40 ปี ในระยะนี้จึงพบภาวะดังกล่าวในเพศหญิงได้น้อยกว่าเพศชาย ในทางกลับกัน เมื่ออายุมากขึ้นจะพบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นเพศหญิงจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน (Menopause) ร่างกายจึงลดการสร้างฮอร์โมนดังกล่าวลง (Banks & Malone, 2005) แต่สาเหตุที่การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ ชาย 10 ราย หญิง 7 ราย อาจเกิดจากถูกจำกัดด้วยช่วงเวลาที่ทำการการศึกษา ซึ่งมีเพศชายเข้ารับการรักษามากกว่า ทำให้มีสัดส่วนของผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชายมากกว่า

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีอายุเฉลี่ย 71 ปี 5 เดือน อายุต่ำสุดคือ 62 ปี สูงสุด 83 ปี ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผนังของหลอดเลือดจะมีการเชื่อมตามขวางของเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น ประกอบกับเส้นใยอีลาสตินที่ช่วยให้เกิดความยืดหยุ่นของหลอดเลือดมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) นอกจากนี้ ประสิทธิภาพการเผาผลาญไขมันในวัยสูงอายุลดลง ทำให้เอื้อต่อการจับเกาะของคราบไขมันได้เพิ่มขึ้น จึงทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นและแข็งตัวได้ง่าย (Martinez & House-Fancher, 2000) และเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งเชื่อว่าร้อยละ 80-90 เป็นผลมาจากการมีไขมันมาเกาะ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; White, 2004)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกือบครึ่งหนึ่งมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การมีน้ำหนักเกินมาตรฐานจนถึงภาวะอ้วนเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอันเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ถาวร สุทธิไชยกุล, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานี้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งการสูบบุหรี่ ดื่มสุราและดื่มชากาแฟ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวทำให้เกิดการบาดเจ็บและความผิดปกติของหลอดเลือดแดง ทำให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดแดง (Endothelium) เสียหาย ผนังหลอดเลือดแดงขาดออกซิเจน และเสริมขบวนการจับตัวเป็นก้อนของเลือด ทำให้เอื้อต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันได้ง่ายยิ่งขึ้น (อภิชาติ สุนทรทรัพย์, 2543)

การศึกษาโรคประจำตัวพบว่า ผู้สูงอายุเกือบทุกรายมีโรคประจำตัว โดยพบตั้งแต่ 1-3 โรค โรคที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวานและโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจ ซึ่งโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี นำไปสู่การปริแตกและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในที่สุด (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543; เสก ปัญญสังข์ & สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543; อภิชาติ สุนทรสรรพ, 2543) โดยผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงจะไปทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือดหัวใจและมีการรวมตัวของเกล็ดเลือดผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและตีบตันตามมา (El-Hazmi & Warsy, 2001) ไขมันในเลือดสูงจะทำให้มีโคเลสเตอรอลแทรกซึมผ่านเยื่อเข้าสู่หลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและตีบตัน (เสก ปัญญสังข์ & สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ความดันโลหิตสูงจะเป็นอันตรายต่อผนังของหลอดเลือด เกิดเป็นรอยโรคที่ส่งเสริมให้สารไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือดง่ายขึ้น จึงทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลง ทำให้ง่ายต่อการอุดตันหรือปริแตกของคราบพลัค (Ferebee, 2006; Hazzard, Chang, & Chait, 2003) และเมื่อมีการปริแตกของคราบพลัค จะเกิดการกระตุ้นการรวมตัวกันของเกล็ดเลือดอย่างรวดเร็ว จนทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่จึงเป็นผู้ป่วยในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ (Blazing & O'Conner, 1999; Woon & Lim, 2003)

3.2 ประสพการณ์อาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.2.1 อาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีการรับรู้อาการทั้งหมด 10 อาการได้แก่ 1) อาการเจ็บแน่นหน้าอก 2) อาการหอบหายใจลำบาก 3) อาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง 4) อาการเหนื่อยเมื่อยล้า 5) อาการเหงื่อแตก 6) อาการสับสนบริเวณทรวงอกและคอ 7) อาการวิงเวียนศีรษะคลื่นไส้และอาเจียน 8) อาการซีดเหลืองและอาการชา 9) อาการนอนราบไม่ได้และ 10) อาการสับสนจับปล้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Fukuoka, Lindgren, Rankin, Cooper & Carroll (2007) และ การศึกษาของ Woon & Lim (2003) ที่พบว่าอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้สูงอายุไม่ได้เป็นอาการเดี่ยวๆ แต่พบว่ามีอาการหลายอาการร่วมกัน ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก (Chest pain) อาการหายใจตื้นสั้นหรืออาการหอบ (Shortness of Breathing or Dyspnea) อาการเหนื่อยหรือรู้สึกล้า (Fatigue) อาการหมดสติ (Syncope) อาการของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) อาการสับสน (Confusion) อาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง (Abdominal distension) อาการปวดแสบบริเวณหลอดอาหาร (Epigastric Pain) คลื่นไส้ (Nausea) และอาการแบบเฉียบ

จากการศึกษา พบว่า อาการที่พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุดได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งพบในผู้สูงอายุถึง 15 ราย รองลงมาคืออาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยเมื่อยหรือรู้สึกล้า และอาการเหงื่อแตก ซึ่งพบอาการละ 9 ราย ที่เหลือจะเป็นอาการสับสนบริเวณทรวงอกและลำคอ 7 ราย อาการนอน

ราบไม่ได้ อาการวิงเวียนคลื่นไส้และอาเจียนและอาการชืดเหลืองและชาพบอาการละ 5 ราย
สุดท้ายคืออาการสับสนฉับพลันซึ่งพบในผู้สูงอายุ 2 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของ Meischke
et al., (1999) ที่แบ่งอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็น 2 กลุ่มคือ
อาการที่พบได้บ่อย (Common acute myocardial infarction symptom) ซึ่งได้แก่ อาการเจ็บ
หน้าอก (Chest pain) และอาการที่พบได้น้อย (Less common acute myocardial infarction
symptom) ซึ่งได้แก่ อาการหายใจสั้น (Shortness of breath) เหงื่อแตก (Sweating) คลื่นไส้
(Nausea) ปวดแสบหน้าอก (Epigastric pain) และอาการปวดกราม แขนและหลัง (jaw, arm
and back pain) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการที่แปลก “Atypical
presentation” ที่มักพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเชื่อว่าเป็นผลมา
จากกระบวนการชราภาพร่วมกับโรคอื่น ๆ ทำให้อาการที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างไปจากปกติ
หรือแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2543; Woon & Lim, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานจะพบ
อาการเจ็บหน้าอกเพียงเล็กน้อยหรืออาจไม่มีอาการเลย ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้มีผู้สูงอายุที่มี
โรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัวถึง 8 ราย เนื่องจากโรคเบาหวานก่อให้เกิดการทำลายปมประสาท
รับความรู้สึกเจ็บปวด ผู้สูงอายุจึงรับรู้ความรู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกได้น้อยลงหรืออาจรายงานเป็น
อาการอื่นแทนเช่น อาการไม่สุขสบายภายในทรวงอก อาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง และยังพบว่า
โรคเบาหวานยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็น
โรคเบาหวานพบคลื่นหัวใจเอสทียกสูงกว่า 6 มิลลิเมตรในลีดที่ 2 มากกว่ากลุ่มที่เป็นเบาหวาน
และยังพบคลื่นคิวมากกว่ากลุ่มที่เป็นเบาหวานอีกด้วย (Chyun et al., 2002) สอดคล้องกับผล
การศึกษาของ Woon & Lim ในปี 2003 ที่แบ่งอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันออกเป็น
2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการปกติของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Typical presentation) ซึ่งได้แก่
อาการเจ็บแน่นหน้าอก (Chest pain) และอาการแสดงที่แปลก (Atypical presentation) พบใน
กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่าวัยผู้ใหญ่ซึ่งได้แก่ อาการหายใจหอบสั้น (Shortness of breathing) หายใจ
สั้น (Shortness of Breathing) หมดสติ (Syncope) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะ
สับสน (Confusion) อาการปวดแสบบริเวณหลอดอาหาร (Epigastric pain) คลื่นไส้ (Nausea)
กลุ่มที่ไม่แสดงอาการ (Asymptomatic) และกลุ่มที่แสดงอาการแบบเงียบ (Silent) ส่วนอาการ
เจ็บหน้าอกเป็นอาการที่พบในกลุ่มวัยผู้ใหญ่สูงกว่าผู้สูงอายุเล็กน้อย ซึ่งเชื่อว่าการเกิดโรคกระบวนการ
ชราภาพและโรคร่วม (Woon & Lim, 2003)

การศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะ
มีหลากหลายอาการเกิดขึ้นร่วมกัน โดยบางอาการมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน บางอาการเกิดขึ้น
พร้อมกันและบางอาการอาจส่งเสริมให้อาการอื่นทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด
กลุ่มอาการ (Concept of symptom cluster) ของดอดด์และคณะ ในปี ค.ศ. 2004 พบว่า กลุ่ม
อาการเป็นอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่สองอาการขึ้นไป โดยแต่ละอาการที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้อง

สัมพันธ์กับอาการอื่นและส่งผลถึงกันและกัน หรือเกิดขึ้นอย่างอิสระโดยไม่เกี่ยวข้องกับอาการอื่นก็ได้ นอกจากนี้ การมีอาการหลาย ๆ อาการร่วมกัน ยังทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ความรุนแรงและสร้างความทุกข์ทรมานได้มากกว่า (Barsevick, 2007)

3.2.2 กลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการเปลี่ยนแปลงของอาการก่อนเข้ารับการรักษาและขณะเข้ารับการรักษาหลายกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นก่อนมาโรงพยาบาลประกอบไปด้วย กลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ และกลุ่มอาการเป็นตาดตาย กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลประกอบด้วย กลุ่มอาการไม่ดีขึ้น กลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิทและกลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย ซึ่งมีรายละเอียดข้อค้นพบดังนี้

3.2.2.1 กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นก่อนมาโรงพยาบาล

1) กลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นจะมีลักษณะเป็นแล้วหาย หายแล้วกลับมาเป็นอีก มีอาการไม่ค่อยรุนแรง พออยู่ได้ หรือบางอาการจะมีอยู่ชั่วขณะหนึ่งนับเป็นนาทีเท่านั้น ระยะเวลาการเกิดอาการเป็น ๆ หาย ๆ อาจเกิดขึ้นนานหลายวัน หลายสัปดาห์หรือนานหลายเดือนแล้วแต่บุคคล ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับลักษณะอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) ที่พบว่ามักมีอาการแบบคงที่ ระยะเวลาของการเกิดอาการจะไม่นาน มีอาการเป็นนาทีและความรุนแรงจะเหมือนกันทุกครั้ง โดยส่วนใหญ่อาการดังกล่าวจะแสดงออกมาในลักษณะของอาการเจ็บหน้าอก (Stable angina) ซึ่งเป็นภาวะเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นจากหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงหัวใจตีบเพียงบางส่วนทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ลักษณะการเจ็บจะเจ็บหน้าอก ปวดและเจ็บแน่น ๆ (Tightness) การเจ็บสัมพันธ์กับการทำกิจกรรม (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543) อย่างไรก็ตาม อาการ ดังกล่าวหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจพัฒนาไปทำให้เกิดความรุนแรงในระดับที่เพิ่มขึ้นซึ่งได้แก่ ภาวะเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) ซึ่งมีอาการแม้ในขณะพักหรือจำกัดกิจกรรมและไม่สัมพันธ์กับการทำกิจกรรม ความรุนแรงจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น โดยมักจะมีอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่นำมาก่อน (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543; อุไร ศรีแก้ว, 2543) ดังนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ เกิดขึ้นก่อนมีอาการรุนแรง

2) กลุ่มอาการเป็นตาดตาย เป็นกลุ่มอาการที่ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษา เนื่องจากมีการรับรู้ว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรง จนอาจทำให้เสียชีวิตได้ “เป็นตาดตาย” โดยอาการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นตาดตายส่วนใหญ่คืออาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเกิดจากระบบการไหลเวียนเลือดไปที่หัวใจถูกขัดขวาง (Interrupt) อย่างเฉียบพลัน โดยส่วนใหญ่เกิดจากการปริแตกอย่างกะทันหันของคราบพลากร์ที่ผนังหลอดเลือดโคโรนารี และมีการรวมตัวกันของเกร็ดเลือดบริเวณที่ปริแตก (Platelet aggregation) จนเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thrombus formation) ในบริเวณหลอดเลือดที่ตีบแคบดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดและออกซิเจนทำให้มีการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจจนเกิดการตายขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดย

ผู้ป่วยจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเป็นเวลานานกว่า 20 นาที (Medline, 2007; Thygesen et al., 2007) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง (15 ราย) แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุอีกมากกว่าครึ่งหนึ่งที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยอาการอื่นๆ ที่ไม่ใช่อาการเจ็บหน้าอก (อาการแน่นอึดอัดในช่องท้อง อาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยเมื่อยหรือรู้สึกล้า และอาการเหงื่อแตกซึ่งพบอาการละ 9 ราย ที่เหลือจะเป็นอาการแสบร้อนบริเวณทรวงอกและลำคอ 7 ราย) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุทุกรายที่ตัดสินใจมาโรงพยาบาลจะมีอาการหลายๆอาการร่วมกันสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Woon & Lim (2003) ที่พบว่าอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้สูงอายุมีอาการที่หลากหลายและไม่ตรงไปตรงมา ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 28 นอกจากนี้ การมี อาการหลายๆอาการร่วมกัน ยังทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ความรุนแรงและสร้างความทุกข์ทรมานได้มากกว่า ซึ่งอาการที่ผู้สูงอายุรับรู้ในการศึกษารั้งนี้มีทั้งอาการที่เกิดขึ้นพร้อมๆกัน เกิดขึ้นต่อเนื่องกันและส่งผลต่อกันให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น เป็นไปตามแนวคิดกลุ่มอาการของดอตต์และคณะ (Barsevick, 2007)

3.2.2.2 กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล

1) กลุ่มอาการไม่ดีขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรก กลับพบว่า อาการของผู้สูงอายุยังไม่ดีขึ้น แต่กลับมีอาการรุนแรงเท่าเดิม “ซ้ำเก่า” ซึ่งหมายถึงอาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่ามีอาการอยู่เหมือนเดิมทั้งๆที่ได้รับการดูแลมาระยะหนึ่งแล้ว อาการที่ยังคงอยู่ตลอด ได้แก่ อาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก อาการแสบร้อนบริเวณคอและทรวงอก และอาการเหงื่อแตก อาการไม่ดีขึ้นและรุนแรงมากกว่าเดิม “คึกกว่าเก่า” หมายถึง อาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นทั้งๆที่ได้รับการดูแลมาระยะหนึ่งแล้ว ซึ่งการรับรู้ว่ามีอาการเพิ่มมากขึ้นผู้สูงอายุและญาติจะประเมินจาก การยังมีอาการคงอยู่ การมีอาการใหม่เกิดขึ้นและระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ซึ่งมักพบในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (4 ราย) โรคไตวาย (2 ราย) โรคเบาหวาน (6 ราย) ความดันโลหิตสูง (6 ราย) นอกจากนี้ ยังพบในผู้สูงอายุที่มีคลื่นเอสทียกจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (10 ราย) โดยอาการที่ผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจเหนื่อยหอบ อาการแสบร้อนบริเวณคอและทรวงอก อาการวิงเวียน คลื่นไส้และอาเจียน อาการสับสนฉับพลัน ไม่ค่อยรู้สึกตัวหรือระดับความรู้สึกตัวลดลง และไม่รู้สึกตัวหรือหมดสติ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่ามีอาการดังกล่าวยังคงมีความรุนแรงอยู่อาจเป็นผลมาจากโรคร่วม ที่ทำให้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่าโรคร่วม ซึ่งได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง Bertomeu et al. (2006) โรคเบาหวาน Chyun et al. (2002) โรคหลอดเลือดหัวใจ Hazzard et al. (2003) นอกจากจะมีผลต่อการรับรู้อาการที่แตกต่างจากปกติของผู้สูงอายุแล้ว ยังพบอีกว่า การมีโรคร่วมดังกล่าวยังส่งเสริมให้ภาวะกล้ามเนื้อ

หัวใจตายมีความรุนแรงมากขึ้น สะท้อนได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมถึง 13 รายที่ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบคลื่นเอสทียก ซึ่งหมายถึงการขาดเลือด (Cardiac ischemia) ของกล้ามเนื้อหัวใจจนเกิดการบาดเจ็บเกิดขึ้น (Cardiac injury) และในจำนวนผู้สูงอายุที่ตรวจพบคลื่นเอสทียกยังพบว่ามีพัฒนาไปเป็นคลื่นคิว ซึ่งหมายถึงการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างถาวร (Cardiac infarction) สอดคล้องกับการศึกษาของ Braunwald (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีคลื่นเอสทียกจะมีการรับรู้หรือมีอาการรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่พบคลื่นเอสทียกหรือพบคลื่นทีกลับหัว (Inverse T-wave)

นอกจากความรุนแรงที่เกิดจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจแล้ว การที่ผู้สูงอายุยังคงรับรู้มีอาการรุนแรงอยู่อาจเนื่องมาจาก การดูแลรักษาบางอย่างที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นเพียงการบรรเทาอาการเท่านั้น เช่น การให้ออกซิเจน การได้รับยาขยายหลอดเลือด โดย Braunwald (2002) กล่าวว่าผู้ป่วยจะได้รับออกซิเจนเพื่อลดการทำงานของหัวใจเนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมักมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือดร่วมด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้รับแอสไพรินเคี้ยวแล้วกลืนทันที รวมทั้งจะได้รับการบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกด้วยยาไนเตรทชนิดอมใต้ลิ้นชนิดสเปรย์ หรือชนิดหยดทางหลอดเลือดดำเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการรักษาดังกล่าวจะเป็นการช่วยเพียงบรรเทาอาการเท่านั้น ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาค่อนข้างช้าซึ่งส่งผลต่อการได้รับยาและประสิทธิภาพการออกฤทธิ์ของยา กล่าวคือผู้ป่วยที่จะได้ประโยชน์สูงสุดจากการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด คือ ระยะเวลารวดเร็วภายใน 2 ชั่วโมง (Cannon, et al., 1994) มีการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า จะต้องใช้เวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าประตูห้อง จนกระทั่งได้รับยาใช้เวลา 60 นาที หรือ 1 ชั่วโมง ในสหรัฐอเมริกาและยุโรปจะใช้เวลาโดยประมาณ 2-2.5 ชั่วโมง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเลือดจะไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจหลังจากให้ยาใช้เวลาประมาณ 60-180 นาที เวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้าประตูโรงพยาบาลจนเริ่มแทงเข็มให้ยาที่เหมาะสมคือ น้อยกว่า 30 นาที (Ryan, Rizzo, & Kelly, 1999) ซึ่งความรวดเร็วจะช่วยลดอัตราการตาย ลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลดการเกิดเวนทริเคิลซ้ายล้มเหลว แต่กลับพบว่าในการศึกษานี้ผู้สูงอายุใช้เวลาเฉลี่ยในการเข้ารับการรักษาดังกล่าวถึง 132 นาทีหรือมากกว่า 2 ชั่วโมง ซึ่งยังไม่รวมระยะเวลาที่ใช้ในการเตรียมยา การใช้ระยะเวลาในการได้รับยานานเกินไปจึงอาจทำให้ยาที่ได้รับมีประสิทธิภาพไม่เต็มที่

นอกจากนั้นแล้ว ยังพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวยังไม่ได้รับการแก้ไขอาการโดยการเปิดทางการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเป็นวิธีการในการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยหลักการรักษาในระยะนี้จะหาทางเปิดหลอดเลือดที่เกิดการอุดตันขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะจำกัดขนาดของการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2543; Braunwald, 2002) ดังนั้น เมื่อการรักษาที่ได้รับเป็นเพียงการบรรเทาอาการและยังไม่ได้รับการเปิดทางเดินของหลอดเลือดหัวใจ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงยังรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงเช่นเดิมเหมือนตอนเริ่มมีอาการขณะอยู่ที่บ้าน

2) กลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิท หลังจากผู้สูงอายุได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือเปิดทางการไหลเวียนของเลือดแล้ว ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่ามันมีอาการดีขึ้น “ดีขึ้น” แต่ยังไม่หายสนิท เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายยังหลงเหลืออาการบางอย่างอยู่ แต่อยู่ในระดับเล็กน้อย “ดีขึ้นแต่บ่หายขาด” ซึ่งเกิดจากผู้สูงอายุดังกล่าวใช้ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาค่อนข้างนาน โดยมีผู้ที่ใช้เวลาในการเข้ารับการรักษานานกว่า 2 ชั่วโมงถึง 9 ราย จึงทำให้มีการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจค่อนข้างมาก ซึ่งสะท้อนจากผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่พบคลื่นเอสทียกภายใน 6 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวถึง 9 ราย และผลการตรวจเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจที่พบว่า มีผู้สูงอายุถึง 7 ราย ที่ตรวจพบโทรโปนินที่สูงภายใน 6 ชั่วโมง การเข้ารับการรักษาดังกล่าวส่งผลให้พื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจกว้างขึ้น และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งในกลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิทพบผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนถึง 10 ราย ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดคือ ภาวะหัวใจล้มเหลวถึง 9 ราย รองลงมาคือภาวะช็อกจากหัวใจ 4 ราย สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่า อาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะแปรผันตามการอุดตันและพื้นที่การตาย การดูแลจึงต้องใช้เวลานานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (ฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2548; Thygesen et al., 2007) หากไม่สามารถจัดสาเหตุที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างรวดเร็วภายใน 2-3 ชั่วโมงการทำลายจะเกิดขึ้นอย่างถาวร ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง (Kucia et al., 2001; Woon & Lim, 2003; Johansson, Stromberg & Swahn, 2004; Banks & Malone, 2005; Limbu et al., 2006) ดังนั้น การเข้ารับการรักษาดังกล่าวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องใช้เวลาระยะหนึ่งเพื่อฟื้นฟูอาการ ด้วยเหตุนี้ถึงแม้ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลแล้วแต่ก็ยังคงหลงเหลืออาการบางอย่างอยู่

การที่ผู้สูงอายุบางรายยังคงหลงเหลืออาการอยู่นอกจากการมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงแล้ว อาจมีสาเหตุมาจากการยังคงมีพยาธิสภาพหลงเหลืออยู่จากการได้รับการรักษาที่ยังไม่สมบูรณ์ โดยผู้สูงอายุบางรายได้รับการขยายหลอดเลือดไม่ครบตามจำนวนหลอดเลือดที่อุดตัน สภาพร่างกายไม่พร้อมในการขยายหลอดเลือดหัวใจ และการถูกเลื่อนการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้สูงอายุจึงได้รับการรักษาด้วยยาเท่านั้นซึ่งพบว่า การรักษาด้วยยาจะเป็นการรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรค ทำให้อาการทุเลาลงหรือสงบลง ซึ่งการรักษาด้วยยามักใช้ในกรณีที่มีการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจไม่มากนักและมีอาการไม่รุนแรง แต่หากไม่ได้ผล ผู้ป่วยมีการอุดตันหลอดเลือดหัวใจมากและมีอาการค่อนข้างรุนแรงจะต้องใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจจึงจะทำให้มีอาการดีขึ้นได้ (พรณิเสถียรโชค & ประดิษฐชัย ชัยเสรี, 2536) นอกจากนี้ อาการที่ยังคงอยู่อาจเกิดจาก โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่มีอยู่เดิมหรือกำลังอยู่ในระยะฟื้นฟูสภาพ ร่างกายกำลังมีการปรับตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะปกติจึงทำให้ยังคงหลงเหลืออาการบางอย่างเช่น อาการอ่อนเพลีย หายใจหอบและรู้สึกเมื่อยล้าอยู่

3) กลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย หลังจากได้รับการดูแลรักษาโดยการแก้ไขพยาธิสภาพของโรคด้วยการถ่ายยาลดเลือดหัวใจ การได้รับยาลดลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาขยายหลอดเลือดแดงและได้รับการพักผ่อนมาระยะหนึ่งแล้ว ผู้สูงอายุจะมีการฟื้นฟูสภาพและเข้าสู่ภาวะปกติ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงรับรู้ว่าการผิดปกติที่พบก่อนมาโรงพยาบาลหายไปเหมือนไม่เคยเจ็บป่วยมาก่อน “ดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย” ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุได้รับการสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยผ่านสายสวนเข้าทางผิวหนังเข้าไปที่หลอดเลือดโคโรนารี แล้วเป่าบอลลูนขยายตามขนาดของหลอดเลือดที่อุดตันให้กว้างขึ้น การไหลเวียนเลือดจึงดีขึ้นเหมือนปกติ (Thygesen et al., 2007; Smith et al., 2001) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการสวนเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารี จะพึงพอใจในการทำเป็นอย่างมากเนื่องจากไม่ต้องเจ็บปวดจากการผ่าตัด นอกจากนี้หลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายงานว่าอาการดังกล่าวหายไป ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบหรืออาการทุกข์ทรมานที่ทำให้ต้องมาโรงพยาบาลไม่หลงเหลืออยู่ รวมทั้งยังสามารถฟื้นฟูสภาพได้เร็ว ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะอยู่โรงพยาบาลประมาณ 2-3 วัน และสามารถทำงานได้ปกติหลังการรักษา 3 สัปดาห์ จนทำให้ผู้สูงอายุบางรายคิดว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่รักษาหายขาดได้ (ชวนพิศ ทานอง, 2541) นอกจากนี้ ถึงแม้ผู้สูงอายุบางรายจะไม่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่เนื่องจากการได้รับยาภายในเวลาที่เหมาะสมและหลังจากนั้นได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพมาระยะหนึ่งแล้ว ทำให้อาการต่าง ๆ บรรเทาและหายไปในที่สุด

3.3 การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.3.1 การจัดการอาการก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุมีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการหลายลักษณะซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามกลุ่มอาการที่ผู้สูงอายุรับรู้ ซึ่งได้แก่ กลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ และกลุ่มอาการเป็นตาดำ ซึ่งสามารถสรุปการจัดการอาการได้ 3 ลักษณะได้แก่ การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง การจัดการอาการโดยใช้ยาและการจัดการอาการโดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

3.3.1.1 การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการในระยะนี้ด้วยการดูแลตนเองเบื้องต้น “รักษาเจ้าของ” หรือ “เบี่ยงเบนเอากัน” โดยพบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองเบื้องต้นที่หลากหลายได้แก่ การนวด การทำให้อาเจียน การนอนลงในแนวราบ การใช้แรงกดที่ท้องและหน้าอก ลูกขึ้นนั่งหรือเปลี่ยนอิริยาบถ การขอความช่วยเหลือ การหายใจเข้าออกลึก ๆ การจิบน้ำอุ่น การดื่มน้ำยาล้าง การดื่มน้ำ การอมซอส การสูดดมอากาศ การลดกิจกรรมและการแสวงหาการรักษาเมื่อไม่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้สูงอายุจะมี

การจัดการกับอาการขั้นต้นคือรักษาด้วยตนเองก่อน (เพชรัตน์ เอี่ยมลออ, 2540) ซึ่งวิธีการจัดการอาการประกอบด้วย 4 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การรอดูอาการ (ร้อยละ 86.0) พยายามอดทน (ร้อยละ 62.0) การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคคลอื่น (ร้อยละ 88.0) และรักษาหรือบรรเทาอาการด้วยวิธีของตนเอง (ปฏิพร บุญพัฒนกุล, 2543) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ไมเกะและคณะที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการจะดูแลตนเองด้วยการหยุดทำกิจกรรม และพัก ร้อยละ 44 และปรึกษาเพื่อนร้อยละ 1 (Meischke, Yasui, Kuniyuki, Bowen, Andersen, & Urban, 1999) นอกจากนี้การศึกษาของ ดราคัพและโมเซอร์ (Dracup & Moser, 1997) ยังพบว่า เมื่อมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีการจัดการคือ ความพยายามที่จะรักษาด้วยตนเองรวมทั้งการขอรับคำแนะนำหรือแสวงหาคำแนะนำจากสมาชิกครอบครัวหรือแพทย์ประจำตัว

3.3.1.2 การจัดการอาการโดยการใช้ยา พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอาการของภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีการจัดการอาการโดยการใช้ยาร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของไมเกะและคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยจะจัดการอาการโดยการทานยาเพื่อบรรเทาอาการ ร้อยละ 2 (Meischke et al., 1999) ซึ่งยาที่ผู้สูงอายุใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี 2 กลุ่ม ได้แก่ ยาพื้นบ้านเช่น ยาหม่อง พิมเสน กฤษณากลิ่น และยาสามัญประจำบ้านหรือยารักษาโรคประจำตัวซึ่ง ได้แก่ ยาพาราเซตามอล ยาลดกรด ยารักษาโรคเบาหวาน ยารักษาโรคความดันและยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชวนพิศ ทำนอง (2541) และ วิจิตรอง นาทองคำ (2543) ที่พบว่า ในระยะที่มีอาการไม่รุนแรงหรือยังไม่มีอาการปางตาย ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะใช้วิธีการดูแลตนเอง ทั้งการดูแลภาคพื้นบ้านและภาควิชาชีพได้แก่ การใช้ยาพื้นบ้านเช่น สมุนไพรรักษา การใช้ยาสามัญประจำบ้านเช่น ยาหม่อง ยาดม ยารักษาโรคกระเพาะ ยาแก้ปวดต่าง ๆ รวมทั้งการใช้ยาที่ได้รับจากบุคลากรในการรักษาเช่น ยาอมใต้ลิ้นและยารักษาโรคประจำตัว เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยจะใช้ยาละลายลิ่มเลือดและอื่น ๆ ในการจัดการกับอาการ ซึ่งได้แก่ การใช้ยาแอสไพริน การใช้ยาละลายลิ่มเลือดตัวอื่นที่ไม่ใช่แอสไพริน ยากลุ่มไนเตรต การใช้ยาตัวอื่น ๆ (Johansson et al., 2004) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ ดราคัพและโมเซอร์ (Dracup & Moser, 1997) ที่พบว่า เมื่อมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะพยายามรักษาด้วยตนเอง โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 9 พยายามใช้ยารักษาตนเองโดยอาศัยยาลดกรด (Antacid) และยาบรรเทาปวด (Acetaminophen) มีผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 10 เท่านั้นที่มีการแสวงหาการรักษาทางการแพทย์

3.3.1.3 การจัดการอาการโดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ในระยะแรกของการมีอาการ ผู้สูงอายุจะมีการจัดการด้วยการดูแลตนเองและการจัดการอาการโดยการใช้ยา เมื่อจัดการอาการด้วยวิธีการดังกล่าวแล้วไม่ได้ผลหรือผลการจัดการอาการไม่เป็นที่น่าพอใจ แต่ผู้สูงอายุยังคงมีอาการอยู่หรือกลับมีอาการรุนแรงขึ้น เหมือนคนกำลังจะเสียชีวิต “เป็นตาดตาย” หรือ “สิตาย” ผู้สูงอายุจะประเมินว่าอาการดังกล่าวรุนแรงจนไม่สามารถควบคุมและ

ดูแลเองตามลำพังได้ และหากไม่รับเข้ารับการรักษอาจเสียชีวิตได้ “ถ้ามาช้าอาจตายได้” ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือรีบแสวงหาการรักษาโดยการเข้าพบผู้เชี่ยวชาญทันที สอดคล้องกับการศึกษาของ วิริงรอง นาทองคำ (2543) ที่พบว่าเมื่อมีอาการในระยะแรกผู้ป่วยจะมีการจัดการอาการด้วยการดูแลตนเองและรักษาตนเองโดยการใช้ยา แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่าเมื่อผู้ป่วยมีการจัดการดูแลด้วยตนเองแล้วไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะรีบจัดการให้ชีวิตรอดโดยเข้าโรงพยาบาล โดยด่วน ปรึกษาทันทีและเฝ้าดูอาการ (ชวนพิศ ทานอง, 2541) โดยบุคคลรอบข้างจะแนะนำให้ผู้ป่วยรีบไปพบแพทย์ (ร้อยละ 33 และ 33) โทรไปที่สายด่วนที่คอยให้การช่วยเหลือ (Call 911) (ร้อยละ 7 และ 16) และรีบไปโรงพยาบาลหรือแผนกฉุกเฉิน (ร้อยละ 3 และ 10) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Limbu et al., (2006) ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก (ร้อยละ 77.6) มีการตอบสนองต่ออาการในระยะนี้โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และ/หรือปรึกษาแพทย์หลังจากมีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.3.2 การจัดการอาการขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล

ขณะผู้สูงอายุอยู่รักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงอาการหลายกลุ่มอาการเป็นไปตามวิธีการเจ็บป่วย ได้แก่ กลุ่มอาการไม่ดีขึ้น กลุ่มอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายสนิทและกลุ่มอาการดีขึ้นเหมือนไม่เป็นอะไรเลย ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการหลายลักษณะขึ้นอยู่กับระยะการเปลี่ยนแปลงอาการ ซึ่งในขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาลสามารถสรุปการจัดการอาการได้ 5 ลักษณะ ได้แก่ การสื่อสารความผิดปกติที่ยังมีอยู่แก่บุคลากร การให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา การขอส่งต่อหรือถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเองและการพึ่งพาญาติ

3.3.2.1 การสื่อสารความผิดปกติที่ยังมีอยู่แก่บุคลากร เมื่อมีอาการผิดปกติหรือมีความทุกข์ทรมานจากอาการ ผู้สูงอายุจะจัดการโดยบอกอาการและความผิดปกติแก่บุคลากรผู้ให้การดูแล ซึ่งการบอกอาการผิดปกติดังกล่าวเนื่องจากผู้สูงอายุเชื่อว่าเมื่อมาถึงโรงพยาบาลการดูแลต่าง ๆ จะเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ทำการรักษา “มาถึงมือหมอ” ดังนั้น หากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ผู้สูงอายุและญาติจะรายงานความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบุคลากรที่ให้การดูแล สอดคล้องกับผลการศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งพบว่า เมื่อมีอาการผิดปกติหรือมีอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้สูงอายุจะมีการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นแก่แพทย์ผู้ให้การรักษา และแพทย์ผู้ให้รักษาก็จะมีการสอบถามอาการและผลการรักษาจากผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (วิริงรอง นาทองคำ, 2543)

3.3.2.2 การให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา ทั้งในเรื่องของการรับประทานยา การรับยาฉีด การรับออกซิเจน การติดอุปกรณ์ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รวมทั้งการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ

และขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนพร้อมใส่ขดลวด หลังการทำผู้สูงอายุจะมีการดูแลตนเอง โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการนอนราบ 6 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดบริเวณแผล รวมทั้งการติดอุปกรณ์ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งเมื่อได้รับการดูแล หรือให้คำแนะนำจากบุคลากรแล้ว ผู้สูงอายุจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เพราะเชื่อว่าวิธีการดูแลที่ได้รับจะช่วยให้ตนเองหายจากความทุกข์ทรมานจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเชื่อของผู้ป่วยต่อมุมมองเชิงชีวการแพทย์ที่เชื่อว่า ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ ซึ่งได้แก่ แพทย์พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยผ่านการศึกษาและปฏิบัติตามหลักทางชีวการแพทย์ที่เป็นการศึกษาในระดับสูง สามารถช่วยเหลือให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยได้ ดังนั้นจึงมีความเชื่อและยอมรับการรักษาตลอดจนปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (ชวนพิศ ทานอง, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิริงรอง นาทองคำ (2543) ที่พบว่า เมื่อแพทย์หรือบุคลากรให้การดูแลรักษาหรือให้คำแนะนำ ผู้ป่วยจะยอมรับการรักษาตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำหรือการรักษานั้นอย่างเคร่งครัด เนื่องจากเชื่อว่าการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันนั้นสามารถแก้ไขอาการ ความทุกข์ทรมานและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้

3.3.2.3 การขอส่งต่อหรือถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า โดยผู้สูงอายุจะได้รับการส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า เช่น จากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลจังหวัด จากโรงพยาบาลจังหวัดไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือจากโรงพยาบาลศูนย์มาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ แต่เมื่อได้รับการรักษาแล้วอาการยังไม่ดีขึ้นอีก ผู้สูงอายุและญาติบางรายจะขอรับการส่งตัวหรือถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า ซึ่งเป็นไปตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรงหรือต้องอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูงและมีความซับซ้อนในการดูแลรักษา (ครันย์ ควรประเสริฐ, 2546; Braunwald, 2002)

3.3.2.4 การจัดการอาการด้วยการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการหายใจลำบากหรือหายใจหอบโดยหายใจเข้าออกลึก ๆ การจัดการอาการเมื่อยหรือรู้สึกล้า ร่วมกับการหายใจลำบากโดยการดมยาหม่องและการนอนพัก รวมทั้งมีการดูแลตนเองเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพและการเตรียมตัวกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การลุกนั่ง การเริ่มเดิน การทำกิจกรรมด้วยตนเองเช่น การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังเชื่อว่าความเครียดหรือความไม่สบายใจจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงทำให้สบาย ไม่คิดมาก สอดคล้องกับแนวทางการรักษาในระยะหลัง ซึ่งเป็นการรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตจนถึงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการให้การรักษาในระยะนี้ เป็นการประเมินเพื่อตรวจค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ และมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเหลืออยู่ เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบตันเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จะ

เริ่มเมื่อผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (American heart association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation, 1995) โดยเริ่มด้วยการออกกำลังกายเบา ๆ ก่อน (Janathan, 2003) เช่น การออกกำลังกายเบา ๆ บนเตียง การฝึกกล้ามเนื้อหายใจ การขยับข้อแขนขาด้วยตนเอง (O'Conner & Yusuf, 1989 อ้างถึงใน เสก ปัญสังข์ & สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ป่วยไม่มีอาการทุกข์ทรมานมารบกวนหรือยับยั้งการทำการกิจกรรม โดยพบว่าในระยะพักฟื้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะเริ่มลดความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นลงและจะมีความรับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง โดยจะเริ่มจัดการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองใหม่ (Reorganization) เกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกายและอื่น ๆ ตามข้อจำกัดของโรค เมื่อผ่านระยะนี้ไปได้บุคคลประสบความสำเร็จ (Identity) สามารถผ่านกระบวนการปรับตัวมาได้อย่างสมบูรณ์ (McLean & Timmins, 2007)

3.3.2.5 การพึ่งพาญาติ เมื่อผู้สูงอายุมีการจัดการกับอาการโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดในระยะนี้ ทำให้ต้องการญาติเข้ามาดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุในเรื่องของการสนับสนุนการดูแล ซึ่งได้แก่ การหยิบจับข้าวของให้ การอาบน้ำเช็ดตัว การดูแลเรื่องอาหาร การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การดูแลความสบายทั่วไปเช่น การบีบนวด การดูแลด้านจิตใจเช่น การให้กำลังใจ การป้องกันการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้สูงอายุกำลังอยู่ในระยะหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งหลังทำต้องนอนราบนาน 6 ชั่วโมงเพื่อป้องกันเลือดออกในบริเวณที่สอดสายสวน (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ผู้สูงอายุจึงต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดด้วยการนอนราบ การทำกิจวัตรประจำวันบนเตียง เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การขับถ่ายปัสสาวะหรือแม้กระทั่งการแปรงฟันหรือบ้วนน้ำลาย (สุนนา สัมฤทธิ์รินทร์, 2548) ดังนั้น จึงต้องการญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลข้างเตียงเพิ่มขึ้น

3.4 เจื่อนไขการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.4.1 เจื่อนไขการจัดการกลุ่มอาการก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุจะมีการจัดการอาการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การจัดการกลุ่มอาการเป็น ๆ หาย ๆ และการจัดการกลุ่มอาการเป็นตาย ซึ่งเมื่อพิจารณาการจัดการอาการแล้วพบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการอาการที่คล้ายกันใน 2 ลักษณะได้แก่ 1) การจัดการอาการด้วยตนเองและการใช้ยา 2) การจัดการอาการโดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ซึ่งการจัดการอาการทั้งสองลักษณะจะมีเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องในการจัดการอาการ 3 เงื่อนไข ได้แก่ เงื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมและเงื่อนไขด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย โดยแต่ละเงื่อนไขมีรายละเอียดดังนี้

3.4.1.1 เจื่อนไขการจัดการอาการด้วยการดูแลตนเองและใช้ยา

1) เจื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า เจื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการจัดการอาการด้วยการดูแลตนเองและการใช้ยา ได้แก่ การจัดการอาการตามการรับรู้อาการของผู้สูงอายุ การจัดการตามการรับรู้สาเหตุของการเกิดอาการและการจัดการอาการตามการรับรู้ความรุนแรงของอาการ โดยพบว่าผู้สูงอายุจะมีการจัดการตามอาการและสาเหตุ ซึ่งส่วนใหญ่จะรับรู้ว่ามีสาเหตุมาจากโรคกระเพาะอาหาร จึงจัดการด้วยการทานยา รักษาโรคกระเพาะอาหาร (ชวนพิศ ทานอง, 2541; ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, 2543; เพชรรัตน์ เอี่ยมลลอ, 2540) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการขั้นต้นด้วยการรักษาด้วยตนเองก่อน เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรง และไม่คุกคามต่อชีวิต (เพชรรัตน์ เอี่ยมลลอ, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543) ที่พบว่า เมื่อมีอาการไม่รุนแรงผู้สูงอายุคิดว่าสามารถจัดการหรือควบคุมความรุนแรงได้ ผู้สูงอายุจึงมีการจัดการอาการด้วยตนเองก่อนโดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาในการจัดการอาการ

2) เจื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาพบว่าเจื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการจัดการอาการ ได้แก่ การจัดการอาการตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้าน การจัดการอาการตามคำแนะนำของบุคลากร การจัดการอาการตามความเคยชินหรือการปฏิบัติอยู่เป็นประจำ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการทุกข์ทรมานจากภาวะกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีการจัดการอาการด้วยตนเองร่วมกับการแสวงหาวิธีการรักษาเมื่อมีอาการไม่ดีขึ้น โดยวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยบางอย่าง ผู้ป่วยจะได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เพื่อนบ้านและบุคคลกรทางสุขภาพ (ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ เอี่ยมลลอ (2540) ที่พบว่าผู้ป่วยจะพยายามจัดการอาการด้วยตนเองก่อนโดยอาศัยประสบการณ์การจัดการอาการที่ผ่านมา และการได้รับข้อมูลหรือการบอกเล่าจากเพื่อนบ้านหรือบุคคลใกล้ชิด

3) เจื่อนไขด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ การยังมีอาการหรือยังคงมีความทุกข์ทรมานจากอาการอยู่ โดยพบว่าเมื่อจัดการอาการด้วยตนเองแล้วไม่ดีขึ้น ผลการดูแลตนเองไม่เป็นที่น่าพอใจและผู้สูงอายุยังคงมีอาการอยู่ ผู้สูงอายุจะใช้วิธีการแสวงหาการดูแลจากแหล่งอื่นเช่น จากบุคลากร จากหน่วยงานด้านสุขภาพ ได้แก่ สถานีอนามัย คลินิกในชุมชนและโรงพยาบาลใกล้บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเมื่อมีอาการของกล้ำแ่เนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะพยายามจัดการอาการด้วยตนเองก่อนโดยอาศัยประสบการณ์การจัดการอาการที่ผ่านมา และการได้รับข้อมูลหรือการบอกเล่าจากเพื่อนบ้านหรือบุคคลใกล้ชิด (ชวนพิศ ทานอง, 2541; ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, 2543; เพชรรัตน์ เอี่ยมลลอ, 2540) แต่เมื่อไม่สามารถจัดการอาการด้วยตนเองได้ กล่าวคือหลังจากจัดการแล้วอาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือรีบไปพบแพทย์ (ร้อยละ 33) (Meischke, Yasui, Kuniyuki, Bowen, Andersen, & Urban, 1999) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ

Johansson et al., (2004) ที่พบว่าเมื่อจัดการแล้วไม่ดีขึ้นผู้ป่วยจึงรีบไปโรงพยาบาล ไปพบแพทย์ทั่วไปและไปที่หน่วยบริการฉุกเฉิน

3.4.1.2 เงื่อนไขการจัดการอาการโดยการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

1) เงื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สาเหตุของอาการ การรอดูอาการและความอดทนของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) การรับรู้ความรุนแรงของอาการ โดยถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุประเมินความรุนแรงของอาการว่าไม่รุนแรงมาก และคิดว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการทั่วไปที่สามารถเกิดขึ้นได้ในวัยสูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รีบเข้ารับการรักษาทันที แต่ถ้ารับรู้ว่าอาการดังกล่าวมีความรุนแรงมากแตกต่างไปจากเดิมที่เคยเป็นอยู่ นอกจากนี้ บางอาการยังสื่อถึงอาการของคนใกล้ตายตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ “ยางตายออก” หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนอาจทำให้เสียชีวิต ผู้สูงอายุจึงตัดสินใจรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการรุนแรง (ร้อยละ 45) (Johansson et al., 2004) โดยเมื่อผู้ป่วยดูแลตนเองแล้วไม่ดีขึ้นจะรีบจัดการให้ชีวิตรอดโดยเข้าโรงพยาบาลโดยด่วน ปรึกษาทันทีและเฝ้าดูอาการอย่างต่อเนื่อง (ชวนพิศ ทานอง, 2541)

(2) การรับรู้สาเหตุของอาการ โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าการดังกล่าวเป็นความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรคดังกล่าวผู้สูงอายุและญาติรับรู้ว่าเป็นโรคที่รุนแรงจึงตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้อาการที่หลากหลายและไม่เฉพาะเจาะจงทำให้ผู้สูงอายุและญาติเกิดความสับสน และคิดว่าอาการดังกล่าวเป็นความผิดปกติของระบบอื่นไม่ใช่ความผิดปกติของหัวใจ ผู้สูงอายุจะยังไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเนื่องจากคิดว่าเป็นอาการของภาวะผิดปกติของหัวใจ (Heart attract) คิดว่าอาการที่เกิดขึ้นมีต้นกำเนิดจากความผิดปกติของหัวใจ คิดว่าเป็นการเจ็บป่วยที่สำคัญ (Johansson et al., 2004)

(3) รอดูอาการ ผู้สูงอายุบางรายจะเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มต้น กล่าวคือ เมื่อมีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่ระดับเล็กน้อยผู้สูงอายุจะรอดูอาการก่อนว่ามีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นหรือไม่ หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นค่อยรีบมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การรอดูอาการ (ร้อยละ 86.0) และการพยายามอดทน (ร้อยละ 62.0) เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาช้า (ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, 2543)

(4) ความอดทนของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุบางรายมีบุคลิกเฉพาะคือ มีความอดทนสูงทำให้ผู้สูงอายุอดทนต่ออาการและไม่เข้ารับการรักษาทันที ผู้สูงอายุจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลก็ต่อเมื่อมีอาการที่รุนแรงมากแล้ว ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของ Banks & Malone (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งและอดทนต่อชีวิตที่ยากลำบากสูงจะอดทนต่ออาการ เป็นเหตุให้ยังไม่เข้ารับการรักษา (Banks and Malone, 2005)

2) เจื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความรู้ของผู้สูงอายุ และญาติ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุและญาติ ที่เคยพบเห็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัจจัยทางกายภาพ (ระยะทาง สภาพอากาศ ช่วงเวลาและการขาดยานพาหนะ) ความยุ่งยากและภาระหน้าที่ที่บ้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) ความรู้ของผู้สูงอายุและญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรือมีญาติพี่น้องประกอบวิชาชีพทางสุขภาพทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรค กล่าวคือ ผู้สูงอายุและญาติที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา จะรับรู้ความผิดปกติและระดับความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจของผู้สูงอายุและครอบครัว ให้รีบเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีความรู้และไม่รับรู้เกี่ยวกับอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะยังไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่าสตรีที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอาการที่พบได้น้อยของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะไม่ตระหนักเมื่อมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้น และเข้ารับการรักษาช้าจนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น (Meischke, Yasui, Kuniyuki, Bowen, Andersen, & Urban, 1999) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความรู้หรือความสามารถในการรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคหัวใจส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา โดยการศึกษาความรู้ทั่วไปของประชาชนเกี่ยวกับภาวะหัวใจผิดปกติที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 862 ราย (ร้อยละ 72.3) เคยได้ยินเกี่ยวกับภาวะหัวใจผิดปกติ แต่กลุ่มที่ตอบรับว่ารู้จักภาวะหัวใจผิดปกติร้อยละ 21.3 ไม่สามารถบอกชื่อของอาการที่เกิดจากภาวะหัวใจผิดปกติได้ ทำให้ไม่สามารถตรวจจับอาการของหัวใจผิดปกติได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการ (Limbu et al., 2006) ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาช้าหลายราย เนื่องจากผู้สูงอายุจะไม่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และบางอาการผู้สูงอายุและญาติกลับคิดว่าเป็นอาการปกติที่พบได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ เอี่ยมล่อ (2540) ที่ผู้สูงอายุมีการให้ความหมายว่าเป็น “ธรรมดาของคนแก่” ผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าอาการเจ็บหน้าอกเท่านั้นที่เป็นอาการหลักของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Johansson et al., 2004) การรับรู้ดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุยังไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

(2) ประสบการณ์ของผู้สูงอายุและญาติที่เคยพบเห็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ผู้สูงอายุและญาติตระหนักเกี่ยวกับอาการและความรุนแรงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้รีบตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที ซึ่งจากการศึกษาของวิจิตรอง นาทองคำ (2543) ที่พบว่า ประสบการณ์การพบเห็นบุคคลที่มีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีผลต่อการให้ความหมายว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงถึงตายได้ จึงมีผลให้ผู้ป่วยรีบตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที

(3) ปัจจัยทางกายภาพ ระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล ช่วงเวลาและการขาดยานพาหนะ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีบ้านอยู่ในตัวอำเภอหรืออยู่ใกล้โรงพยาบาล จะสามารถนำผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วและทันที่ทั้งนี้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่มีรถส่วนตัวแต่มีรถฉุกเฉินของชุมชนสนับสนุน จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้เร็วขึ้น ในทางกลับกันการมีปัจจัยทางกายภาพ ซึ่งได้แก่ สภาพอากาศ ช่วงเวลาและการขาดยานพาหนะก็มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา โดยผู้สูงอายุบางรายมีอาการเกิดขึ้นกลางดึกและเกิดขึ้นในฤดูหนาว ทำให้สภาพอากาศเย็นและมีด ไม่เหมาะกับการออกนอกบ้านหรือการเดินทางในช่วงเวลากลางคืน นอกจากนี้ ปัญหาเกี่ยวกับยานพาหนะที่จะนำผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล ยังเป็นตัวยับยั้งไม่ให้ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลทันที ดังนั้น หากต้องนำผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล จะต้องมีการขออนุญาตหรือการให้वानเพื่อนบ้านที่มีรถส่วนตัวพามาโรงพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความเกรงใจเนื่องจากต้องไปปลุกญาติหรือเพื่อนบ้านขณะที่นอนหลับ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีความเกรงใจไม่ต้องการให้ครอบครัววิตกกังวลกับเรื่องนี้ ไม่ต้องการบอกให้ใครรู้หรือรบกวนใคร เมื่อมีอาการ (Johansson et al., 2004) จะมีผลต่อระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) และ บรรลุ ศิริพาณิชย์ (2550) กล่าวตรงกันว่าความเอื้ออำนวยในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถไปเข้ารับการรักษาหรือไม่เข้ารับการรักษาที่สถานบริการ

(4) ความยุ่งยากและภาระหน้าที่ที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุบางรายที่เข้ารับการรักษาช้าเนื่องจาก มีความยุ่งยากและมีภาระหน้าที่ที่บ้าน “ยาก ขำยากน้ำ” หรือ “อยู่กับหลานเหาบ่เห็ดไผ่เห็ดแล้วหลานลีได้กินหยั่ง” สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนพิศ ทำนอง (2541) ที่พบว่า ปัจจัยเงื่อนไขหนึ่งที่มีผลต่อการจัดการอาการให้รอดชีวิตได้แก่ ภาวะทางการเงิน ความเกรงใจ ภาระในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่ของครอบครัว โดยผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากและมีภาระหน้าที่ในครอบครัวมาก หรือมีปัญหาทางด้านการเงินจะเป็นอุปสรรคต่อการจัดการอาการโดยการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล

3) เงื่อนไขด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า การมีโรคประจำตัวเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจะมีผลต่ออาการและการรับรู้อาการของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้ที่มีโรคประจำตัวดังกล่าวมักจะไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งเป็นอาการที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าเป็นอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือแม้จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกก็จะมีเพียงเล็กน้อย หรือทำให้ผู้สูงอายุรับรู้เพียงว่าไม่สบายบริเวณทรวงอกหรืออึดอัดเท่านั้น อาการดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุไม่คิดว่าเป็นอาการที่รุนแรงจึงยังไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษา (ศรันย์ ควรประเสริฐ, 2546; Braunwald, 2002)

3.4.2 เงื่อนไขการจัดการอาการขณะรักษาในโรงพยาบาล

ระยะที่ผู้สูงอายุอยู่รักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุจะมีการจัดการกับอาการหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีการจัดการอาการจะมีเงื่อนไขต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง โดยสามารถแบ่งเงื่อนไขในการจัดการอาการเป็น 3 องค์ประกอบใหญ่ ได้แก่ เงื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อมและเงื่อนไขด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งภายใต้เงื่อนไขดังกล่าวมีเงื่อนไขย่อยและรายละเอียดข้อค้นพบดังนี้

3.4.2.1 เงื่อนไขด้านการรับรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย ความเชื่อของผู้สูงอายุต่อบุคคลากรและแผนการรักษาและการรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการ

1) ความเชื่อของผู้สูงอายุต่อบุคคลากรและแผนการรักษา “เชื่อหมอเพราะอยากหาย” โดยผู้สูงอายุเชื่อว่าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่เป็นผู้มีความรู้และความชำนาญในการรักษาโรคที่ตนเจ็บป่วย ดังนั้น เมื่อแพทย์ให้ปฏิบัติตัวอย่างไรผู้สูงอายุจึงต้องทำตามอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้เมื่อแพทย์หรือบุคคลากรให้การดูแลรักษาหรือให้คำแนะนำ ผู้สูงอายุจะยอมรับการรักษาตลอดจนปฏิบัติตามคำแนะนำหรือการรักษานั้นอย่างเคร่งครัด เนื่องจากเชื่อว่าการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันนั้นสามารถแก้ไขอาการ ความทุกข์ทรมานและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ (วิรักรอง นาคำทอง, 2543)

2) การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการ ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่ตนยังคงมีอาการอยู่แต่อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงจึงมีการจัดการอาการด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิรักรอง นาคำทอง ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่อาการที่ยังมีอยู่อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงผู้ป่วยจะพยายามจัดการอาการด้วยตนเองก่อนที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น หรือแสวงหากการดูแลจากบุคคลากรทางสุขภาพ (วิรักรอง นาคำทอง, 2543; สุมนา สัมฤทธิ์รินทร์, 2548)

3.4.2.2 เงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบไปด้วย การอยู่รักษาในโรงพยาบาล ข้อจำกัดทางด้านการรักษา การได้รับคำแนะนำจากบุคคลากรและความรู้หรือประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละเงื่อนไขมีรายละเอียดดังนี้

1) การอยู่รักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากในระยะนี้ ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลและอยู่ภายใต้การดูแลของบุคคลากร ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่าเป็นหน้าที่ของบุคคลากรที่จะต้องให้การดูแล จึงจำเป็นต้องรู้ข้อมูลเพื่อค้นหาสาเหตุและวางแผนให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นผู้สูงอายุจึงจัดการโดยการรายงานบุคคลากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชวนพิศ ทานอง (2541) และวิรักรอง นาคำทอง (2543) ที่พบว่าในวัฒนธรรมท้องถิ่นของคนภาคอีสานและคนในภาคเหนือ มีความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาเชิงชีวการแพทย์ โดยผู้ป่วยจะยอมรับและให้ความสำคัญกับแพทย์หรือบุคคลากรผู้ให้การรักษา เพราะเป็นผู้ที่มีความรู้และมีการศึกษาที่สูงกว่าตน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้สะท้อนได้จาก

คำพูดที่ผู้สูงอายุกล่าวว่า “อียังจะอยู่นำหมอ หมอรู้หมอเรียนมาหมอเสียดใจเอง เข้าไม่รู้ไม่ได้เรียนกะต้อง เชื้อหมอ”

2) ข้อจำกัดทางด้านการรักษา ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางด้านการรักษาเช่น การติดอุปกรณ์ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือการนอนราบ 6 ชั่วโมงเนื่องจากหลังทำการตรวจสวนหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกผิดปกติบริเวณที่สอดสายสวนเข้าไป ผู้สูงอายุจึงต้องนอนนิ่ง ๆ เป็นเวลานาน (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ลดลงหรือทำไม่ได้สะดวก ในระยะนี้ผู้สูงอายุต้องทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงเช่น การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การขับถ่ายปัสสาวะหรือแม้กระทั่งการแปรงฟันหรืออาบน้ำ (สุนา สัมฤทธิ์รินทร์, 2548) ดังนั้นจึงต้องการญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลข้างเตียงเพิ่มขึ้น

3) การได้รับการดูแลหรือคำแนะนำจากบุคลากรผู้ให้การดูแล เมื่อผู้สูงอายุมีอาการดีขึ้นและมีความพร้อมทางด้านร่างกายมากขึ้นโดยเริ่มช่วยเหลือตนเองได้แล้ว บุคลากรจะให้คำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การมีเพศสัมพันธ์ การออกกำลังกาย การทำงานและการทำกิจวัตรประจำวัน การได้รับข้อมูลดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเริ่มมีการทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน (วิรัชรองนาทองคำ, 2543; สุนา สัมฤทธิ์รินทร์, 2548)

4) ความรู้หรือประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุและญาติ โดยผู้สูงอายุและญาติรู้ว่าความเครียดมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ผู้สูงอายุจึงทำให้สบายเพื่อลดการกระตุ้นซึ่งอาจทำให้อาการกำเริบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัชรอง นาทองคำ (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความเครียด ความวิตกกังวลหรือการมีจิตใจขุ่นมัวเป็นสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวโดยการพยายามทำจิตใจให้สบาย

3.4.2.3 เจื่อนไขด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ประกอบไปด้วย การยังคงอยู่ของอาการหรือผลการจัดการอาการแล้วไม่ดีขึ้น การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ซึ่งแต่ละเงื่อนไขมีรายละเอียดดังนี้

1) การยังคงอยู่ของอาการหรือผลการจัดการอาการแล้วไม่ดีขึ้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นหรือไม่สามารถทำการรักษาได้ ผู้สูงอายุจะได้รับการจัดการอาการโดยการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า เนื่องจากการศึกษาพบว่า เมื่อมีอาการรุนแรงผู้สูงอายุจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านมากที่สุดซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดในการรักษา ความเชี่ยวชาญหรือความชำนาญของบุคลากร และข้อจำกัดทางเทคโนโลยี ยาหรือเครื่องมือในการรักษา ดังนั้น เมื่อให้การดูแลแล้วไม่ได้ผล ผู้สูงอายุจึงได้รับการส่งต่อการดูแลไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า ในทาง

ตรงกันข้าม การไม่มีอาการหรือความทุกข์ทรมานหลงเหลืออยู่ หรือในระยะเวลาที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีอาการดีขึ้นจนแทบจะไม่หลงเหลืออาการอยู่เลย ผู้สูงอายุจะมีการจัดการในระยะนี้ด้วยการเริ่มฟื้นฟูสภาพ เช่น การฝึกกลืน การฝึกเดิน และพยายามมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหรือดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จะเริ่มเมื่อผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การไม่มีอาการทุกข์ทรมานหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการลงแล้ว (American heart association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation, 1995) โดยเริ่มด้วยการออกกำลังกายเบาๆ ก่อน (Janathan, 2003) เช่น การออกกำลังกายเบาๆ บนเตียง การฝึกกล้ามเนื้อหายใจ การขับข้อแขนขาด้วยตนเอง (O'Conner & Yusuf, 1989 อ้างถึงใน เสก ปัญญสังข์ & สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543)

2) การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง ผู้สูงอายุบางรายมีอาการดีขึ้นแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและต้องได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการหรือเทคโนโลยีขั้นสูง จะถูกส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหนือกว่า อันเนื่องมาจากการดูแลรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรผู้ชำนาญการและเทคโนโลยีขั้นสูงในการรักษา (ศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2546; Braunwald, 2002)

3) ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุที่ยังคงมีข้อจำกัดด้านร่างกายเล็กน้อยเช่น เหนื่อยในการทำกิจกรรม หายใจไม่อิ่มส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ลดลงหรือทำได้ไม่สะดวก ดังนั้น ญาติจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในระยะนี้ เช่น การช่วยเหลือในการอาบน้ำ เช็ดตัว การพาเดินเข้าห้องน้ำและการช่วยเหลือในการถอดหรือใส่เสื้อผ้า

บทเรียนที่ได้จากการวิจัย

1. เรียนรู้การได้มาซึ่งปรากฏการณ์ของปัญหา เนื่องจากการทำวิจัยเรื่องนี้มีจุดตั้งต้นอยู่ที่การได้รับข่าวร้ายจากบุคคลใกล้ชิดหลายท่าน ทั้งเพื่อนนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เพื่อนและพี่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลว่ามีญาติพี่น้องเสียชีวิตด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่มักได้รับการวินิจฉัยและรักษาในลักษณะของโรคกระเพาะอาหาร กว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของหัวใจก็ใช้เวลานานมาก จนมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นเสียชีวิตในที่สุด จึงเป็นตัวกระตุ้นความอยากรู้ของผู้วิจัยซึ่งในเวลานั้นกำลังขึ้นฝึกปฏิบัติงานวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 จึงมีโอกาสนพบผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลายราย และเมื่อลองนำอาการของผู้สูงอายุแต่ละรายมารวบรวมและเปรียบเทียบดูพบว่ามีอาการที่หลากหลาย รวมทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้และจัดการที่แตกต่างกัน ด้วยความสงสัยจากข้อมูลคำบอกเล่าของบุคคลใกล้ชิดและจากการทดลองรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นจากการฝึกภาคปฏิบัติ ทำให้เกิดความข้องใจและใคร่รู้จนนำมาสู่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

2. เมื่อทำการศึกษาเพื่อตอบข้อสงสัยที่เกิดขึ้นผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เข้าใจถึงความยากลำบากในการทำวิจัยเชิงคุณภาพให้มีคุณภาพสมกับชื่อของงานวิจัย ซึ่งแม้การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ถึงขั้นของงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นเพียงงานวิจัยเชิงบรรยายที่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Description Research) แต่กระบวนการในการศึกษามีความคล้ายคลึงกัน แตกต่างเพียงความลึกซึ้งของแต่ละกระบวนการ และด้วยจุดตั้งต้นที่ต้องการให้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ยึดติดกับกรอบเดิม พยายามเปิดมุมมองให้กว้างจึงเป็นสิ่งที่ยากสำหรับผู้วิจัยซึ่งเป็นนักวิจัยมือใหม่ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยก็ได้เรียนรู้สูตรช่วยจำกระบวนการในการทำวิจัยเชิงคุณภาพให้มีคุณภาพจากประสบการณ์ในการศึกษาจริงครั้งนี้ในแบบฉบับของผู้วิจัยเองได้ 8 ลำดับขั้นตอนคือ

2.1 การเข้าถึง โดยผู้วิจัยได้เรียนรู้กระบวนการหรือวิธีการที่จะเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลและวิธีการทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจที่จะบอกเล่าเรื่องราวหรือประสบการณ์ให้แก่ผู้วิจัยทราบ โดยในการศึกษาค้นคว้าพบว่าการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล 3 วิธีคือ 1) ผู้ให้ข้อมูลที่เข้ารับการรักษามาระยะหนึ่งซึ่งมักจะคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ ผู้วิจัยจะให้พี่พยาบาลเป็นผู้เชื่อมความสัมพันธ์ 2) ผู้สูงอายุที่เพิ่งเข้ารับการรักษาก็จะเข้าทางญาติระหว่างรอผลการตรวจวินิจฉัยและเมื่อผู้สูงอายุอาการเริ่มดีขึ้นญาติจะเป็นผู้เชื่อมต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ 3) ผู้สูงอายุที่มีอาการคงที่หรือดีขึ้นในระดับหนึ่งแล้วผู้วิจัยจะเข้าทางผู้สูงอายุเองโดยแนะนำตัวและเสนอตัวให้ความช่วยเหลือเล็กน้อย เช่น ช่วยรินน้ำหรือหยิบจับของ นอกจากการเข้าถึงทั้งสามทางแล้วบางครั้งผู้วิจัยยังช่วยเหลือดูแลหรือแบ่งเบาภาระบางอย่างของผู้ให้ข้อมูลเช่น ช่วยดูแลหลานในบางครั้งเช่น ป้อนข้าว เช็ดตัวหรือเปลี่ยนเสื้อผ้าเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลาย ไม่เหนียวเหนียวและไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับภาระที่มีอยู่ ส่งผลให้สามารถเล่าประสบการณ์ได้อย่างต่อเนื่อง

2.2 ดึงให้ออก เมื่อสามารถสร้างสัมพันธภาพได้แล้วผู้วิจัยต้องเรียนรู้ที่จะตั้งคำถามเพื่อเปิดประเด็นให้ผู้สูงอายุเล่าได้อย่างอิสระ การถามคำถามที่ตรงจุดจะทำให้ผู้สูงอายุเล่าได้อย่างกว้างขวางและหลากหลาย โดยผู้วิจัยเรียนรู้ว่าการเปิดประเด็นด้วยคำถามอาการปัจจุบันที่ยังมีอยู่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและสนใจที่จะบอกเล่าได้ดีที่สุด จากนั้นผู้วิจัยค่อยถามในประเด็นอื่นๆต่อไป

2.3 ตอกให้ลึก เมื่อผู้สูงอายุบอกเล่าในประเด็นที่น่าสนใจหรือในประเด็นที่ต้องการศึกษาผู้วิจัยจะต้องมีทักษะในการใช้คำถามเพื่อให้ได้รายละเอียดที่จำเพาะ (Probe) มากขึ้นเช่น เมื่อผู้สูงอายุเล่าว่า “คิดว่าเจ้าของลิตาย” ผู้วิจัยใช้คำถามต่อว่า “เป็นยังไงคุณยายคือคิดว่าเจ้าของลิตาย”

2.4 ตรึงตรองแล้วย้อนถาม เมื่อได้คำตอบแล้วผู้วิจัยต้องมีการย้อนถามกลับเพื่อเช็คความเข้าใจถูกต้องตรงกัน หรือมีการแปลความหมายในส่วนที่ผู้สูงอายุบอกเล่าได้ตรงกัน

2.5 ตามความคิด ผู้วิจัยปล่อยให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องได้อย่างอิสระและต้องติดตามเรื่องราวอย่างมีสติอยู่ตลอดเวลาเมื่อผู้สูงอายุเล่าประเด็นที่น่าสนใจจึงตั้งคำถามเพื่อขอรายละเอียด

2.6 พินิจพิเคราะห์เหตุการณ์ เมื่อทำการสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการถอดบทสัมภาษณ์และอ่านใคร่ครวญหลายรอบเพื่อซึมซับความรู้สึกขณะสัมภาษณ์และพินิจพิเคราะห์ถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นที่ศึกษาเป็นประเด็นย่อย ๆ (Sub theme)

2.7 ประสานให้เป็นหนึ่ง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลย่อย ๆ มารวบรวมหาข้อความที่ซ้ำ ๆ กันจับเป็นกลุ่มเดียวกัน เพื่อใช้อธิบายเป็นเรื่องราวและสรุปเป็นกลุ่มข้อความใหญ่ (Theme)

2.8 แล้วจึงเล่าให้ชัด ผู้วิจัยทำการเขียนสรุปผลการวิจัยโดยการเล่าเรื่องราวที่ได้จากการศึกษาผ่านกระบวนการวิเคราะห์และตีความประสบการณ์ของผู้สูงอายุให้มีรายละเอียดที่คมชัดและเข้าใจได้ง่ายรวมทั้งตอบปัญหาที่ต้องการการศึกษาครั้งนี้

3. กระบวนการทำวิจัยเชิงคุณภาพถึงแม้ว่าฟังดูแล้วเหมือนง่าย แต่ขณะที่ผู้วิจัยลงมือทำการศึกษากลับพบว่าเป็นเรื่องที่ยากมาก แม้ผู้วิจัยเรียนรู้กระบวนการตามสูตรช่วยจำแล้วก็ตามแต่เนื่องจากขาดประสบการณ์ทำให้ต้องมีการฝึกทักษะแต่ละเรื่องต่อไป ดังที่อาจารย์หลายท่านกล่าวว่า กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพก็เหมือนกับการเรียนในระดับที่สูงขึ้นซึ่งก็ต้องเรียนในสิ่งที่ยากขึ้นตามลำดับเช่นกัน สอดคล้องกับคำบอกเล่าจากประสบการณ์ของผู้ที่เคยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษา ที่มักพูดต่อ ๆ กันมาว่า การหาปรากฏการณ์หรือปัญหาวิจัยที่ว่ายากแล้วแต่กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การสังเกต การสัมภาษณ์เพื่อที่จะให้ได้มาซึ่งคำตอบการวิจัยนั้นยากยิ่งกว่า และเหนือสิ่งอื่นใด การเขียนบอกเล่าข้อค้นพบให้มีความคมชัดและเข้าใจง่ายนั้นยิ่งยากกว่าหลายเท่า แต่ถึงแม้จะยากลำบากเพียงใด ผู้วิจัยก็ไม่ลดละความพยายามในการศึกษาครั้งนี้ ต้องมีการฝึกปรือทั้งกระบวนการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล การสังเกต การสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ข้อมูล แม้กระทั่งการเขียนรายงานผลหลายรอบเพื่อให้งานวิจัยชิ้นนี้มีคุณภาพสมกับเป็นงานวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพให้มากที่สุด

4. การเปลี่ยนแปลงมุมมองความคิด สิ่งที่ผู้วิจัยได้เรียนรู้ในกระบวนการวิจัยครั้งนี้อีกอย่างหนึ่งคือ การไม่มองทุกสิ่งทุกอย่างเพียงด้านเดียวแต่ต้องมองให้ครบทั้งสองด้าน มองให้เห็นข้อดีเพื่อใช้ให้เป็นประโยชน์และมองให้เห็นข้อด้อยเพื่อใช้ในการพัฒนาหรือลดข้อบกพร่องเสมือนผู้วิจัยเองซึ่งเป็นคนในท้องที่ที่ทำการศึกษา มีความชำนาญการสื่อสารและทำความเข้าใจในภาษาถิ่น คิดว่าตนเองเข้าใจความหมายในสิ่งที่ผู้สูงอายุเล่า จนบางครั้งลืมเจาะรายละเอียดในบางประเด็นไปเพราะสำคัญผิดว่าตนเองเข้าใจลึกซึ้งแล้ว ดังนั้น การมองว่ามีความชำนาญในท้องที่ก็อาจมีผลให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอหรือพลาดบางประเด็นไป ซึ่งผู้วิจัยต้องกลับมาพัฒนามุมมองความคิดและทักษะการสัมภาษณ์ใหม่ โดยมีการรับฟังสิ่งที่ผู้สูงอายุบอกเล่ามากขึ้น และแม้เข้าใจในสิ่งที่รับฟังแล้วก็ต้องถามเพื่อขอรายละเอียดและให้ความกระจ่างในประเด็นดังกล่าวเพิ่มขึ้น จนผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้อย่างละเอียดและครอบคลุม สามารถตอบปัญหาการวิจัยครั้งนี้ได้

5. การเปลี่ยนแปลงบุคลิกและลักษณะนิสัยภายในตัวผู้วิจัย ผลจากการทำวิจัยที่เกิดขึ้นกับตัวผู้วิจัยเองในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน ได้แก่

มีความใจเย็นมากขึ้น ใจเย็นในการรับฟังข้อมูลโดยไม่โต้แย้ง แต่เป็นการรับฟังอย่างเปิดกว้างและให้อิสระผู้สูงอายุในการเล่า คอยรับฟังและตั้งคำถามเพื่อให้ได้ประเด็นที่กว้างขึ้นหรือค่อย ๆ ชักถามเพื่อให้ได้รายละเอียดที่เคลงและมีความจำเพาะ

มีความอดทนมากขึ้น อดทนในการศึกษาตามกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ อดทนในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล อดทนในการทำงานที่ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน

มีความมุ่งมั่นบากบั่นในการศึกษาวิจัยให้สำเร็จและมีประสิทธิภาพ โดยเมื่อมีประเด็นสงสัยที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือเกิดประเด็นใหม่ ผู้วิจัยจะมีความศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากแหล่งต่าง ๆ หรืออาจปรึกษาผู้รู้หรืออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อทำความเข้าใจประเด็นดังกล่าวและเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาต่อเนื่องกับผู้สูงอายุรายอื่น ๆ

มีความคิดเป็นระบบระเบียบและทำงานได้อย่างเป็นระบบระเบียบ เนื่องจากการทำวิจัยในลักษณะนี้ต้องมีสมาธิและมีสติอยู่ตลอดเวลา โดยขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องติดตามความคิดของผู้สูงอายุและมีการตั้งประเด็นคำถามเป็นระยะซึ่งต้องใช้ความคิดเป็นอย่างมาก รวมทั้งในกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยต้องมีความคิดพินิจพิเคราะห์หลากหลายมุมเพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายและให้ได้ภาพที่คมชัดขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยต้องมีการวางแผนอยู่ตลอดเวลาว่าผู้สูงอายุรายนี้จะเข้าถึงได้ทางไหน ทำความรู้จักอย่างไร การสัมภาษณ์ครั้งต่อไปต้องเน้นเรื่องใด เรื่องใดที่ตอบคำถามได้แล้วและเรื่องใดที่ยังได้คำตอบไม่ชัดเจน จึงทำให้ต้องมีการวางแผนในการทำงาน การจัดสรรเวลาและการจัดการเอกสารอย่างเป็นระบบอยู่ตลอดระยะที่ทำการศึกษา

มีเหตุผลมากขึ้น เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ต้องการทราบประสบการณ์อาการ การจัดการอาการและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เรียนรู้และเข้าใจอย่างลึกซึ้งซึ่งว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นล้วนมีปัจจัยเงื่อนไขที่เข้ามาเกี่ยวข้อง มีเหตุและมีผลที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน

และสุดท้ายคือ ผู้วิจัยมีความเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น เข้าใจถึงสภาพปัญหาของคนแต่ละคน เข้าใจถึงสาเหตุที่คนมีการรับรู้เช่นนั้น กระทำเช่นนั้นจึงทำให้เกิดผลเช่นนั้น เข้าใจวิถีชีวิตที่ยากลำบากของผู้สูงอายุและครอบครัว จนทำให้อยากที่จะอุทิศตัวช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้นไปอีก

