

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรค และความรู้เรื่องเพศ กับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. พฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของพฤติกรรมทางเพศ
 - 1.2 กายวิภาคของระบบสืบพันธุ์
 - 1.3 สรีรวิทยาทางเพศ
 - 1.4 การเปลี่ยนแปลงทางเพศในผู้สูงอายุ
 - 1.5 รูปแบบของพฤติกรรมทางเพศในผู้สูงอายุ
 - 1.6 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศในผู้สูงอายุ
2. โรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของโรคหัวใจขาดเลือด
 - 2.2 สาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือดและปัจจัยเสี่ยง
 - 2.3 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหัวใจขาดเลือด
 - 2.4 อาการทางคลินิกของโรคหัวใจขาดเลือด
 - 2.5 การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด
 - 2.6 การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือด
 - 2.7 ภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด
 - 2.8 การรักษาโรคหัวใจขาดเลือด
3. ผลกระทบของโรคหัวใจขาดเลือดต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุ
4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด
 - 4.1 การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต
 - 4.2 การให้คำแนะนำผู้สูงอายุเพศชายด้านเพศสัมพันธ์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุ

ความหมายของพฤติกรรมทางเพศ

รัชวัฒน์ ปัญงพงษ์ และคณะ (2524: 70-72) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศมีลักษณะเช่นเดียวกับพฤติกรรมอื่นๆ คือ มีทั้งพฤติกรรมภายนอกที่มองเห็นได้และพฤติกรรมภายใน ได้แก่ การคิด การตัดสินใจ ความรู้สึก และการตีความหมาย เป็นต้น เรื่องเพศไม่ได้หมายความถึงการร่วมเพศเท่านั้น พฤติกรรมทางเพศมีการพัฒนามาตั้งแต่ในวัยเด็ก

Scalzi (1978: 840) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์เป็นธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต การแสดงออกด้านเพศสัมพันธ์ของมนุษย์ ได้แก่ การสัมผัส การโอบกอด การร่วมเพศ การที่หญิงและชายอยู่ร่วมกัน แสดงความรู้สึกที่มีคุณค่าและมีความหมาย เป็นการลดความตึงเครียดและการเก็บกด

Katchadourian และคณะ (1979: 148-149) กล่าวว่า พฤติกรรมทุกชนิดรวมทั้งพฤติกรรมทางเพศมีลักษณะหลายประการคือ

ลักษณะที่ 1 เป็นสิ่งที่อยู่รวมกันแยกไม่ได้ อาจแสดงออกโดยรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกตัว และอาจเป็นพฤติกรรมที่มีมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นทีหลังโดยสังคมกำหนด

ลักษณะที่ 2 มีการแสดงออกทางอินทรีย์ เป็นบุคลิกภาพโดยรวมของบุคคล

ลักษณะที่ 3 มีขั้นตอนในการพัฒนาตลอดชีวิตและเป็นตัวเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้าด้วยกัน

ลักษณะที่ 4 ถูกกำหนดขึ้นจากองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ซึ่งมีความซับซ้อนและไม่สามารถจะคิด รู้สึก หรือกระทำพฤติกรรมใดก็ตามด้วยองค์ประกอบเพียงอย่างเดียว

พฤติกรรมทางเพศมีหลายลักษณะ แบบแผนกิจกรรมของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน โดยมีเกณฑ์ในการประเมินพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม 4 ประการ คือ

ประการที่ 1 เป็นพฤติกรรมที่ปกติของคนส่วนใหญ่หรือไม่

ประการที่ 2 เป็นพฤติกรรมที่ทำให้มีสุขภาพดีหรือไม่

ประการที่ 3 เป็นพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรมหรือไม่

ประการที่ 4 เป็นพฤติกรรมที่ผิดกฎหมายหรือไม่

Reed and Lang (1987: 170, 204) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศแตกต่างกันตามอายุและความสามารถในการสืบพันธุ์ ซึ่งถูกจำกัดโดยสภาพทางสรีรวิทยา และการแสดงออกทางเพศถูกจำกัดโดยสังคมและวัฒนธรรม พฤติกรรมทางเพศที่พบได้บ่อยคือ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (masturbation) การกอด รูบ ลูบคลำ เพื่อแสดงความรัก (petting) และการร่วมเพศ (sexual intercourse)

Maslow's hierarchical framework (cited in Ebersole and Hess, 1990: 440) ได้ให้ความหมายของเพศสัมพันธ์ไว้ คือ การทำหน้าที่ขั้นพื้นฐานในเพศชาย ได้แก่ การสืบพันธุ์ และมีความซับซ้อนมากกว่านั้น โดยรวมถึงสัมพันธภาพของการสื่อสาร ความเชื่อใจ ความรัก การแบ่งปัน และการให้ความสุข อาจมีการร่วมเพศหรือไม่ก็ได้

Ebersole (cited in Ebersole and Hess, 1990: 440) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ทางเพศช่วยป้องกันการถอยห่างทางสังคมในผู้สูงอายุ (Social disengagement) ทำให้เกิดความเข้าใจ โดยการแบ่งปันความทุกข์ความสุขเกี่ยวกับเพศ ช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ลดความวิตกกังวล

Eliopoulos (1993: 112) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์ประกอบด้วยความรัก ความอบอุ่น การเอาใจใส่ดูแลและการแบ่งปันระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนด้วยคำพูดและการสัมผัส การรับรู้ว่าคุณมีความสำคัญกับผู้อื่น ความรู้สึกปลอดภัย สะดวก และความผาสุกทางอารมณ์ เกิดจากสัมพันธภาพที่มีความหมาย

Butler and Lewis (1993 cited in Johnson, 1996: 7) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์มีความหมายมากกว่าการกระตุ้นทางเพศและการกระทำทางเพศ เพศสัมพันธ์ คือ โอกาสในการแสดงออกถึงความซื่อสัตย์ จงรักภักดี ความใคร่ ความรัก ความมีคุณค่า และการยอมรับการทำหน้าที่ทางกายของบุคคล

จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นว่า พฤติกรรมทางเพศมีการพัฒนาตั้งแต่เกิดไปตลอดชีวิต พฤติกรรมทางเพศในผู้สูงอายุ หมายถึง การแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศที่เหมาะสมกับสรีรวิทยาและสังคมวัฒนธรรม อาจมีการร่วมเพศหรือไม่ก็ได้ เนื่องจากเพศสัมพันธ์มิได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการสืบพันธุ์เท่านั้น ดังนั้น การสัมผัส ความผูกพันใกล้ชิด และการสื่อสารระหว่างกันก็เป็นพฤติกรรมทางเพศอย่างหนึ่งเช่นกัน เช่น การจับมือ การโอบกอด การจูบหรือ

หอมแก้ม การจูบค้ำ การประเล้าประโลม การพูดคุยเปิดเผยในเรื่องเพศกับคู่สมรส การพูดหรือได้ยินคำพูดเกี่ยวกับความรักความห่วงใย การจินตนาการทางเพศ หรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เป็นต้น

กายวิภาคของระบบสืบพันธุ์

อวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย ประกอบด้วย

1. ลูกอัณฑะ (testes) มี 2 อันเป็นรูปไข่ กว้างยาวประมาณ 2 x 4 เซนติเมตร หนักประมาณ 50 กรัม อยู่ภายในถุงหุ้มซึ่งเรียกว่า ถุงอัณฑะ (scrotum) ลักษณะผิวเป็นหนังย่นๆ สีเข้ม มีหน้าที่ป้องกันอันตรายแก่ลูกอัณฑะ ลูกอัณฑะมีหน้าที่ผลิตออร์โมนและสร้างตัวอสุจิ (spermatozoa) ตัวอสุจิจึงมีความยาวประมาณ 1/450 นิ้ว ลักษณะคล้ายลูกกบ ประกอบด้วย ส่วนหัวกลมรี ส่วนคอ ส่วนกลาง และส่วนหาง หางมีความยาวประมาณ 10 เท่าของหัว และโบกไปมาทำให้เคลื่อนไหวได้รวดเร็ว ลูกอัณฑะทั้ง 2 ข้างอาจมีขนาดไม่เท่ากัน และถุงอัณฑะทั้ง 2 ข้างก็อาจมีขนาดไม่เท่ากันได้
2. หลอดทักอสุจิ (epididymis) มีลักษณะเป็นหลอดหรือท่อเล็กๆ อดไปมาอยู่ในถุงอัณฑะ และติดกับลูกอัณฑะ มีหน้าที่ในการเก็บตัวอสุจิซึ่งผลิตจากลูกอัณฑะ ตัวอสุจิจึงเจริญเติบโตเต็มที่เมื่ออยู่ในหลอดทักอสุจินี้
3. ท่ออสุจิ (vas deference) อยู่ถัดจากขั้วอัณฑะ เป็นท่อแข็งยาวประมาณ 45 เซนติเมตร มี 2 ท่อ ท่อน้ำอสุจินี้จะผ่านเข้าสู่ช่องท้อง แล้ววกมารวมกับถุงน้ำกาม (seminal vesicle) ผ่านต่อมลูกหมากออกไปต่อกับท่อปัสสาวะ สำหรับนำตัวอสุจิออกไปสู่ภายนอก
4. ถุงน้ำกาม (seminal vesicle) มีลักษณะผลมคล้ายหลอดปนกับถุง อยู่ระหว่างกระเพาะปัสสาวะและทวารหนัก และเป็นส่วนที่ทำหน้าที่เก็บตัวอสุจิ และสร้างน้ำกามซึ่งมีลักษณะเป็นเมือกสีขาวขุ่นและข้น น้ำกามที่สร้างขึ้นนี้จะทำให้ตัวอสุจิสามารถเคลื่อนไหวเข้าสู่ช่องคลอดฝ่ายหญิงเมื่อมีการร่วมเพศ ในการหลั่งน้ำกามครั้งหนึ่งจะมีตัวอสุจิอยู่ประมาณ 100-200 ล้านตัว ซึ่งจะมีอายุอยู่ได้ประมาณ 24-48 ชั่วโมง แต่จะมีเพียงตัวเดียวเท่านั้นที่สามารถจะผสมกับไข่ได้
5. องคชาติ (penis) เป็นอวัยวะสำหรับนำน้ำกามและตัวอสุจิไปสู่อวัยวะสืบพันธุ์สตรี บริเวณโคนฝังอยู่ลึกภายในกระดูกเชิงกราน ตัวองคชาติห้อยลงมาอยู่ข้างหน้าถุงอัณฑะ ประกอบด้วยเนื้อเยื่อที่สามารถยืดหดได้ (erectile tissue) ดังนั้น เมื่อเวลาที่มีความรู้สึกทางเพศหรือเวลาร่วมเพศจะแข็งและขยายโตขึ้นได้มาก เมื่อยังไม่ขยายตัวมีความยาวประมาณ 5-6

เซนติเมตร เส้นผ่านศูนย์กลาง 2-3 เซนติเมตร บริเวณส่วนปลายสุดจะมีรูปร่างคล้ายดอกเห็ด บริเวณนี้ไวต่อความรู้สึกและการสัมผัสมาก เนื่องจากมีเส้นประสาทมาเลี้ยงมาก

6. ท่อปัสสาวะ (urethra) ยาวประมาณ 20-25 เซนติเมตร มีหน้าที่ 2 อย่าง คือ นอกจากจะเป็นทางผ่านของน้ำปัสสาวะจากกระเพาะปัสสาวะออกมาภายนอกแล้ว ยังเป็นทางออกของน้ำอสุจิด้วย

7. ต่อมลูกหมาก (prostate gland) โตขนาดลูกหมาก อยู่ในรูเปิดด้านในของท่อปัสสาวะ มีหน้าที่กั้นน้ำที่มีฤทธิ์เป็นด่างสำหรับฆ่ากรดที่มีมากเกินไปในช่องคลอดของสตรี เพื่อไม่ให้ตัวอสุจิตาย และเวลาร่วมเพศต่อมนี้จะหดตัวรับน้ำเมือก (seminal fluid) ออกมา น้ำเมือกนี้อาจเรียกได้อีกชื่อหนึ่งว่า semen เป็นน้ำขาวๆปนเทาและเหนียว

อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน

1. อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เป็นอวัยวะสืบพันธุ์ที่อยู่ภายนอกและสามารถมองเห็นได้ ได้แก่

1.1 หัวหน้า (mons pubis) ตั้งอยู่หน้ากระดูกหัวหน้า ใต้บริเวณท้องน้อย ส่วนนอกเป็นผิวหนัง ส่วนในเป็นไขมัน มีลักษณะเป็นรูปสามเหลี่ยมมีฐานอยู่บนและยอดอยู่ล่าง มีขนขึ้นปกคลุมเมื่อเริ่มเป็นสาวอายุประมาณ 12-13 ปี

1.2 แคมใหญ่ (labia mijora) มีลักษณะเป็นเนื้อมน เป็นกลีบข้างละกลีบ ปกคลุมด้วยผิวหนังมีขน และใต้ลงไปประกอบด้วยไขมันจำนวนมาก และมีกล้ามเนื้อเรียบ เส้นประสาท และเส้นโลหิตมาเลี้ยงมากมาย ในหญิงสาวแคมใหญ่จะปิดบริเวณปากช่องคลอดมิดชิด จึงเป็นการป้องกันอวัยวะต่างๆภายใน กลีบเนื้อทั้งสองข้างนี้จะเรียวเล็กลงมาจากกันที่ฝีเย็บ (perineum)

1.3 แคมเล็ก (labia minora) เป็นกลีบเล็กๆอยู่ขนานกับแคมใหญ่ ด้านบน ส่วนของกลีบทั้งสองจะจดกันที่บริเวณคลิตอริส (clitoris) บริเวณแคมเล็กนี้มีโลหิตมาเลี้ยงมาก

1.4 คลิตอริส (clitoris) เป็นส่วนของอวัยวะเล็กๆ ประกอบด้วยเนื้อที่แข็งตัวขึ้นได้ (erectile tissue) เมื่อได้รับการกระตุ้นอารมณ์เพศ อยู่ตอนบนบริเวณที่แคมเล็กมาบรรจบกัน มีเส้นเลือดและเส้นประสาทมาเลี้ยงมาก จึงเป็นบริเวณที่ไวต่อความรู้สึกมากเมื่อถูกสัมผัส

1.5 เวสติบูล (vestibule) เป็นส่วนที่เป็นเนื้อที่บริเวณระหว่างแคมเล็กทั้งสอง บริเวณนี้มีช่องสำคัญมาเปิด คือ ช่องคลอด (vagina) ช่องปัสสาวะ (urethra) และรูเปิดของต่อมบาร์โธลิน (Bartholin glands) 2 ต่อม ต่อมบาร์โธลิน มีหน้าที่ในการรับน้ำเมือกออกมาช่วย

หล่อสั้นของคลอดเมื่อได้รับการกระตุ้นและตื่นตัวทางเพศขณะร่วมเพศ มีลักษณะเป็นรูปไข่ หนาขนาดเท่าหัวเข็มอยู่กึ่งส่วนล่างของแคมใหญ่ และเปิดเข้าเวสต์ติบูลทางด้านข้างของปากของคลอด

1.6 เยื่อพรหมจารีย์ (hymen) เป็นเนื้อเยื่อที่ยึดหอดได้ปิดปากของคลอด มีอยู่ตรงกลาง ในเพศหญิงที่เคยผ่านการร่วมเพศครั้งนี้จะฉีกขาด นอกจากนี้ การทำงาน การเล่นกีฬา บางประเภท อาจทำให้เยื่อพรหมจารีย์ขาดได้

1.7 มีเย็บ (perineum) คือ บริเวณส่วนล่างของช่องคลอดลงมาถึงทวารหนัก มีคุณสมบัติยืดหดได้มาก และมักจะฉีกขาดเมื่อเวลาคลอดบุตร

2. อวัยวะสืบพันธุ์ภายใน ได้แก่

2.1 ช่องคลอด (vagina) เป็นท่อยาวจากปากของคลอดถึงปากมดลูก ขนาดแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล เป็นทางผ่านของโลหิตประจำเดือน เป็นอวัยวะสำหรับการสืบพันธุ์ และเป็นช่องทางคลอด ปากของคลอดมีเยื่อพรหมจารีย์ปิดอยู่ และมีช่องปัสสาวะเปิดอยู่ทางด้านบน ด้านหน้าของช่องคลอดติดกับกระเพาะปัสสาวะ ความยาวของคลอดด้านบนยาวประมาณ 7 เซนติเมตร ด้านล่างประมาณ 9 เซนติเมตร และไปติดต่อกับปากมดลูกบริเวณที่เหนือปากมดลูกขึ้นไปประมาณ 2 เซนติเมตร ทางช่องคลอดที่เป็นท่อนี้จะไม่เป็นเส้นตรง แต่จะทำมุมประมาณ 60 องศา ผนังของช่องคลอดจะประกอบด้วย กล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อพังผืด มีลักษณะเป็นขุ่นๆ เรียกว่า Rugae มีเส้นประสาทและเส้นโลหิตมาเลี้ยงมากมาย และมีเยื่อที่สลายตัวตลอดเวลา ภายในช่องคลอดจะมีความชุ่มชื้นอยู่เสมอโดยได้รับน้ำเมือกจากต่อมของปากมดลูก และต่อมที่บริเวณเวสต์ติบูล

2.2 มดลูก (uterus) เป็นอวัยวะสืบพันธุ์ที่ใหญ่ที่สุดของเพศหญิง อยู่ด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะและด้านหน้าของทวารหนัก มีรูปร่างคล้ายขมพู่ ส่วนใหญ่อยู่ข้างบน ส่วนเล็กอยู่ข้างล่างติดต่อกับช่องคลอด และมดลูกจะทำมุมกับช่องคลอด โดยหักไปข้างหน้าอีกเล็กน้อย มดลูกมีหน้าที่เตรียมรับไข่ที่ผสมแล้วทุกเดือน เป็นที่ฝังตัวของไข่ที่ได้รับการผสมแล้วรอการเจริญเติบโตจนครบกำหนด ภายหลังจากหมดประจำเดือนมดลูกจะเหี่ยวเล็กลง

2.3 ปีกมดลูกหรือท่อรังไข่ (fallopian tubes) อาจเรียกได้อีกอย่างหนึ่งว่า ท่อนำไข่ มีสองข้างออกจากตอนบนของมดลูกทอดออกไปทางด้านข้างของเชิงกรานจนถึงรังไข่ ส่วนปลายของปีกมดลูกเป็นรูปกรวยบานออกไป ปลายเป็นกลีบฝอยคล้ายนิ้วมือหรือปากแตร และจะมีปลายกลีบฝอยนี้หนึ่งอันทอดไปติดกับรังไข่ ภายในประกอบด้วยเซลล์ซึ่งมีขนสำหรับช่วยพัดไข่ที่ผสมแล้วให้เข้าไปในมดลูกในขณะที่ปีกมดลูกหดตัว

2.4 รังไข่ (ovary) เป็นรูปไข่แบนๆสีขาว มีรูปร่างคล้ายมะม่วงหิมพานต์ มีหน้าที่สร้างไข่และผลิตฮอร์โมน ขนาดของรังไข่แตกต่างกัน ความยาว 2.5-5 เซนติเมตร ความกว้าง 1.5-3 เซนติเมตร และความหนา 0.7-1.5 เซนติเมตร รังไข่อยู่ติดกับส่วนปลายปากแตรของ

ปีกมดลูกหรือที่อ่อนำไข่ และเชื่อมโยงกับมดลูก โดยมีเส้นอินซัยดติดกับมดลูกด้านหน้าและด้านหลังของรังไข่ และติดกับผนังช่องท้อง

สรีรวิทยาทางเพศ

การกระตุ้นทางเพศ

การกระตุ้นทางเพศเป็นขั้นตอนแรกของกิจกรรมทางเพศ ในผู้ที่มีสุขภาพดีจะสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศได้ เช่น การกอด การจูบ การเส้าโลม การดูภาพหรือฟังเรื่องราวเกี่ยวกับเพศ เป็นต้น การตอบสนองทางเพศในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามเทคนิคที่ใช้ในการกระตุ้นและประสบการณ์เดิม ในผู้สูงอายุมักต้องการการกระตุ้นโดยการสัมผัสโดยตรงที่อวัยวะเพศ เนื่องจากเวลาที่ใช้ในการตอบสนองจะนานกว่าในวัยหนุ่มสาว Katchadourian และคณะ (1979: 42-44) แบ่งการกระตุ้นทางเพศไว้ดังนี้

1. การกระตุ้นโดยการสัมผัสโดยตรง เป็นวิธีที่สำคัญและได้ผลในการเร้าอารมณ์เพศ การตอบสนองที่เกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาอัตโนมัติ โดยไม่ผ่านกระบวนการคิด ผิวหนังในส่วนต่างๆ ของร่างกายมีความไวต่อการสัมผัสแตกต่างกัน เนื่องจากมีเส้นประสาทมาเลี้ยงไม่เท่ากัน บริเวณที่ไวต่อการกระตุ้นเรียกว่า erogenous zones ได้แก่ บริเวณอวัยวะเพศ ระหว่างรูทวารหนักกับอวัยวะเพศ รูทวารหนัก เต้านมและหัวนม ปากและลิ้น หู ก้น และบริเวณด้านในของต้นขา ในแต่ละจุดจะมีความแตกต่างกัน ต้องอาศัยเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2. การกระตุ้นโดยประสาทสัมผัสอื่น ได้แก่ ภาพ เสียง กลิ่น และรส สามารถกระตุ้นอารมณ์เพศได้เช่นเดียวกับการสัมผัส การตอบสนองต่อการกระตุ้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์และระยะเวลา ไม่เหมือนกับการกระตุ้นโดยสัมผัสบริเวณอวัยวะเพศ ซึ่งทุกคนมีการตอบสนองได้เช่นเดียวกัน ภายหลังจากการสัมผัส การมองเห็นเป็นการกระตุ้นอารมณ์เพศที่สำคัญ ได้แก่ การมองที่อวัยวะเพศตรงข้าม ซึ่งแตกต่างกันระหว่างหญิงและชาย น้ำเสียงที่นุ่มนวล กลิ่นหอมของน้ำหอม หรือกลิ่นกายธรรมชาติ สามารถกระตุ้นอารมณ์เพศได้เช่นกัน การตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ เหล่านี้ต้องอาศัยการเรียนรู้ ซึ่งในแต่ละคนจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นไม่เหมือนกัน (อเนก อารีพรรค และสุวิทนา อารีพรรค, 2525: 171-172)

3. การกระตุ้นทางอารมณ์ มนุษย์แตกต่างจากสัตว์ที่มีการพัฒนาของระบบประสาทและสมอง สามารถตอบสนองทางเพศได้จากการจินตนาการทางอารมณ์ การสร้างจินตนาการทางเพศเป็นการกระตุ้นอารมณ์เพศที่พบได้บ่อย การกระตุ้นทางกายทั้งหลายส่วนต้องทำในสภาวะอารมณ์ที่เหมาะสมจึงจะเกิดการตอบสนองตามที่ต้องการ ความวิตกกังวลและความกลัวเป็นอุปสรรคในการเกิดอารมณ์เพศได้

การกระตุ้นอารมณ์เพศสามารถทำได้หลายวิธี โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้งห้า และอยู่ในภาวะอารมณ์ที่เหมาะสม ปรากฏจากความกลัวหรือความวิตกกังวล แต่ในผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ทำให้การตอบสนองต่อการกระตุ้นช้า อาจต้องใช้เวลาในการกระตุ้นนานขึ้น และต้องการการสัมผัสโดยตรงที่อวัยวะเพศในการทำกิจกรรมทางเพศ อย่างไรก็ตาม ในผู้สูงอายุไม่ได้จำกัดพฤติกรรมทางเพศเพียงการร่วมเพศเท่านั้น การโอบกอด การจูบ การจับมือ หรือการลูบคลำ ก็เป็นพฤติกรรมทางเพศที่ทำให้พึงพอใจได้โดยไม่มี การร่วมเพศ

วงจรการตอบสนองทางเพศ

การตอบสนองทางเพศเป็นการแสดงออกในการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศ ทั้งโดยทางร่างกายหรือจิตใจ Masters & Johnson (1966: 182-188) แบ่งการตอบสนองทางเพศ ออกเป็น 4 ระยะ ในที่นี้กล่าวถึงเฉพาะเพศชาย ดังนี้คือ

1. ระยะตื่นตัวทางเพศ (excitement phase) เป็นระยะเริ่มที่เกิดความรู้สึกทางเพศ เกิดขึ้นได้จากการถูกเร้าด้วยวาจาหรือการกระทำ เช่น การลูบไล้ กอดจูบ (ศิริอร ลินสุ, 2526: 15) ร่างกายทั่วไปจะเกิดความตึงเครียด เห็นได้จากการคั่งของโลหิตดำ และการตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น มีการหายใจหนักถี่ ชีพจรเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตเพิ่ม (อเนก อารีพรรค และ สุวัฒนา อารีพรรค, 2525:130) ในเพศชายเมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศจะเกิดการตอบสนองอันดับแรก คือ องคราคจะแข็งตัวและตั้งชันขึ้น เนื่องจากมีการคั่งของโลหิตดำภายในองคราค ผิวหนังที่หุ้ม ลูกอัณฑะจะหนาขึ้นและลูกอัณฑะจะเคลื่อนสูงกว่าระดับปกติ เพราะมีการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ ยึดมันอยู่ การแข็งตัวขององคราคอาจเริ่มแข็งตัวที่เล็กน้อย จนกระทั่งแข็งตัวเต็มที่ ระยะนี้กิน เวลาตั้งแต่หลายนาทีจนถึงชั่วโมง ระยะเวลาและระดับความรุนแรงในการแข็งตัวขึ้นอยู่กับ เทคนิคในการกระตุ้น ในระยะนี้การแข็งตัวขององคราคอาจลดลงถ้าได้รับการกระตุ้นไม่ต่อเนื่อง และสามารถกลับมาแข็งตัวใหม่ได้อีกเมื่อได้รับการกระตุ้นอีกครั้ง นอกจากการกระตุ้นทางกายแล้ว ทางด้านจิตใจก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตอบสนองในระยะตื่นตัวทางเพศนี้ ถึงแม้จะมีการ กระตุ้นทางเพศอย่างต่อเนื่อง แต่องคราคอาจไม่แข็งตัวเต็มที่ได้นี้เนื่องจากปัจจัยด้านจิตใจหรือ ด้านสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า เสียงที่ดังเกินไป การเปลี่ยนแปลงของแสงสว่าง อุณหภูมิ เป็นต้น

2. ระยะก่อนจุดสุดยอด (plateau phase) เป็นระยะที่การตื่นตัวทางเพศอยู่ใน ระดับสูงจนใกล้ถึงจุดสุดยอด การคั่งของโลหิตดำจะถึงขีดสุด กล้ามเนื้อจะเกร็งมาก มีการหดรัศ ตัวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า หน้าท้อง และหน้าอก การหายใจจะแรงและถี่มาก ชีพจรจะเต้น เร็วถึงประมาณ 100-175 ครั้ง/นาที ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นกว่าปกติ 20-80 mmHg ส่วน ความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นกว่าปกติ 10-40 mmHg ในเพศชายองคราคจะขยายตัวใหญ่มาก

และแข็งตัวเต็มที่ ถูกอั้นทวะจะใหญ่ขึ้นประมาณครึ่งหนึ่งของขนาดปกติ กล้ามเนื้อที่อุ้งอั้นทวะ และกล้ามเนื้อที่ยึดทรวงอั้นทวะหดตัว ทำให้ทรวงอั้นทวะถูกยกสูงขึ้น อาจมีน้ำเมือก 2-3 หยดออกมาจากต่อมเคาเปอร์ และอาจมีตัวอสุจิปนออกมาด้วย ะยะนี้กินเวลาประมาณ 30วินาที-3นาที

3. ะยะจุดสุดยอด (orgasm phase) เป็นะยะที่มีความสุขที่สุด อัตราการหายใจจะแรงและเร็วขึ้นถึง 40ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มถึง 100-180 ครั้ง/นาที ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นกว่าปกติ 40-100 mmHg ส่วนความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นกว่าปกติ 20-50 mmHg ในเพศชายจะมีความรู้สึกอยากหลั่งน้ำอสุจิ เพราะน้ำจากต่อมต่างๆของระบบสืบพันธุ์ชาย เช่น จากต่อมลูกหมาก และจากท่อส่งอสุจิจะไหลไปอยู่ที่ท่อปัสสาวะส่วนต้น ทำให้รู้สึกจะกลั้นไม่ได้ อาจส่งเสียงร้องออกมาได้ การหดตัวของกล้ามเนื้อของท่อปัสสาวะในะยะนี้จะเกิดขึ้นห่างกันครั้งละประมาณ 0.8 วินาที ประมาณ 3-7 ครั้ง ร่วมกับการปิดของหูรูดกระเพาะปัสสาวะ ทำให้น้ำอสุจิพุ่งออกมา ความรุนแรงของการพุ่งนี้ขึ้นกับอายุ ถ้าอายุน้อยจะพุ่งได้ไกลถึง 12-25 เซนติเมตร ถ้าอายุมากน้ำอสุจิอาจแค้ไหลซึมออกมา ะยะนี้กินเวลาประมาณ 3-15 วินาทีเท่านั้น ณะที่รู้สึกสุดยอดทางเพศนี้ความรู้สึกจะน้อยลง รู้สึกง่วง ร่างกายจะผ่อนคลาย ความเครียดอันเกิดจากการกั้กล้ามเนื้อตึงตัวและการมีเลือดคั่งในะยะที่ 1 และ 2 ถ้าสภาวะหัวใจไม่ดีพออาจหยุดเต้นได้ เนื่องจากไม่สามารถชดเชยการทำงาน ทำให้หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะกรดแลคติกสูง มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้หายใจหอบลึก (hyperventilation) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ภาวะเช่นนี้มีไ้เนื่องจากปริมาณการออกกำลังกายเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับความตื่นตันทางอารมณ์ด้วย (Vachou, 1975 อ้างถึงใน ศิริธร สินธุ, 2526 : 17) ในผู้ป่วยโรคหัวใจจะมีการหยุดเต้นของหัวใจเกิดขึ้นมากที่สุดในระยะนี้

4. ะยะผ่อนคลาย (resolution phase) เป็นะยะสุดท้ายของการตอบสนองทางเพศ การคั่งของเลือดดำที่องศาตลดลง ทำให้องศาตอ่อนตัวและขนาดเล็กลงเท่าปกติ อั้นทวะหย่อนตัวลงในตำแหน่งปกติ กล้ามเนื้อส่วนต่างๆคลายตัว อาจมีเหงื่อออก อัตราการเต้นของชีพจรและอัตราการหายใจกลับสู่ภาวะปกติ ความดันโลหิตลดลง ในวัยหนุ่มถ้าได้รับการกระตุ้นทางเพศอีก องศาตจะแข็งตัวและสามารถมีเพศสัมพันธ์ต่อไปได้โดยมีระยะเวลาไม่นาน ะยะนี้เรียกว่า ะยะพักฟื้น (refractory period) กินเวลาตั้งแต่ 10 นาที จนถึงเป็นวันๆ ะยะเวลานี้จะยาวขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จากการศึกษาของ Hellerstein and Friedman (1970: 996) พบว่าระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์โดยเฉลี่ย ตั้งแต่ะยะเริ่มต้นจนถึงณะอัตราเต้นของหัวใจสูงสุดในะยะจุดสุดยอดเท่ากับ 16.3นาที (ช่วงตั้งแต่ 10-30 นาที)

การเปลี่ยนแปลงทางเพศในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีความเสื่อมและถดถอยในวัยสูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจและความเชื่อที่ผิดว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถทางเพศอีกต่อไป และควรหยุดมีเพศสัมพันธ์ แต่ที่จริงแล้ว การเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาทางเพศนั้น ไม่ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุจะไม่มีความต้องการทางเพศและไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อีกต่อไป เพียงแต่มีการเปลี่ยนแปลงในแง่ของปริมาณเท่านั้น แต่คุณภาพและความพึงพอใจยังคงมีได้เหมือนในวัยหนุ่มสาว (อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, 2525; Kelly, 1988)

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชายสูงอายุ

1. การแข็งตัวขององคชาติ โดยทั่วไปองคชาติจะถูกกระตุ้นให้มีการแข็งตัวได้รวดเร็วมาก เพียงแต่คิดจินตนาการทางเพศหรือเห็นภาพกระตุ้นอารมณ์ทางเพศเท่านั้น องคชาติก็จะแข็งตัวขึ้นมาทันที แต่ในผู้สูงอายุ การแข็งตัวขององคชาติต้องใช้เวลาานมากขึ้นและต้องการการกระตุ้นโดยตรงด้วยการสัมผัสในระยะเล้าโลมก่อนการร่วมเพศมากกว่าในวัยหนุ่ม
2. เมื่อเกิดการแข็งตัวขององคชาติถุงอัณฑะจะไม่หดตัวเล็กลงเหมือนในวัยหนุ่ม
3. อาจไม่มีน้ำเมือกใดๆก่อนการหลั่งน้ำอสุจิเหมือนในวัยหนุ่ม
4. สามารถควบคุมการหลั่งน้ำอสุจิได้นานกว่าในวัยหนุ่ม
5. ในขณะที่มีการหลั่งน้ำอสุจิในระยะจุดสุดยอด ต่อมลูกหมากจะมีการบีบรัดตัวเพียงเล็กน้อย 1-2 ครั้งเท่านั้น ใช้เวลาเพียง 1-2 นาที เป็นการเตือนว่าน้ำอสุจิกำลังจะถูกขับออกมา และเมื่อถึงจุดสุดยอด องคชาติในผู้สูงอายุชายจะมีการบีบรัดเพียง 1-2 ครั้งเท่านั้น และความแรงของน้ำอสุจิที่พุ่งออกมาก็ไม่แรงเท่ากับในวัยหนุ่ม อย่างมากสามารถพุ่งได้ 3-12 นิ้ว แต่ก็ยิ่งอายุมากขึ้นแรงพุ่งก็จะยิ่งอ่อนลง อาจแค้ไหลออกเป็นหยดๆ ปริมาณน้ำอสุจิที่ออกก็น้อยลงจาก 3-5 ซีซี ในวัยหนุ่ม เหลือเพียง 2-3 ซีซี เท่านั้น
6. หลังการหลั่งน้ำอสุจิ ระยะพักฟื้น (refractory period) ในวัยสูงอายุจะยาวกว่าในวัยหนุ่ม ดังนั้น ระยะเวลาที่องคชาติจะแข็งตัวได้อีกใช้เวลานานมาก อาจเป็นวันๆ

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหญิงสูงอายุ

1. กลุ่มอาการหมดประจำเดือน (Menopausal syndrome) เกิดในหญิงวัยหมดประจำเดือน ทำให้มีอาการไม่สบายต่างๆ หงุดหงิด เบื่อหน่าย และอาจทำให้รู้สึกหมดความสนใจทางเพศ
2. ในวัยสาวเมื่อได้รับการกระตุ้นความรู้สึกทางเพศ จะมีน้ำหล่อลื่นออกมาเปียก

ช่องคลอดภายใน 15-30 วินาที แต่ในวัยสูงอายุต้องใช้เวลาอย่างมากในการกระตุ้นจนมีน้ำหล่อลื่น อาจนานถึง 4-5 นาที และปริมาณน้ำหล่อลื่นลดลงเนื่องจากฮอร์โมนเพศที่ลดลง ทำให้ช่องคลอด เล็กและตีบแคบ เยื่อเมือกช่องคลอดบางและฝ่อลง เวลาร่วมเพศจะมีความรู้สึกเจ็บ

3. ช่องคลอดมีความยืดหยุ่นลดลง

4. เวลาได้รับการกระตุ้นความรู้สึกทางเพศจนเกือบถึงระยะจุดสุดยอด มดลูกจะไม่สามารถหดตัวและยกขึ้นจนทำให้ส่วนลึกของช่องคลอดด้านในขยายตัวพองออกได้เหมือนกับใน วัยสาว

5. ไม่มีการคั่งของเลือดบริเวณแคมเล็กจนเป็นสีแดงเข้ม และแคมใหญ่ก็ไม่ขยายตัว มากเหมือนกับในวัยสาว

6. ขนาดของคลิตอริสไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ไม่ได้ทำให้ความไวในการ รับความรู้สึกทางเพศของคลิตอริสเสียหรือเสื่อมถอยแต่อย่างไร

7. การบีบตัวของมดลูกในขณะที่มีการหลังของเพศชายในช่องคลอดจะไม่เป็นจังหวะ แบบในวัยสาว แต่เป็นการหดเกร็งซึ่งบางครั้งนานเป็นนาที ทำให้ปวดท้องน้อยอย่างมากหลังจาก ถึงจุดสุดยอดแล้ว บางครั้งปวดลามมาตลอดช่องคลอดถึงแคมใหญ่ และหน้าขาทั้งสองข้าง อากาศเหล่านี้เกิดจากการขาดฮอร์โมนหญิง

การเปลี่ยนแปลงที่ปกติในวัยสูงอายุดังที่กล่าวมาแล้ว อาจทำให้เกิดความเข้าใจผิด ว่าควรหยุดมีเพศสัมพันธ์ หากขาดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ซึ่งแท้จริงแล้วผู้สูงอายุ ยังมีความต้องการและสามารถมีความสุขทางเพศได้ เพียงแต่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ ให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเพศใน ผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตทางเพศอย่างมีความสุข

รูปแบบของพฤติกรรมทางเพศในผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยได้ศึกษาคำร่ำ เอกสาร และงานวิจัยต่างๆ พบว่า พฤติกรรมทางเพศมีหลาย รูปแบบที่แตกต่างกัน และมีการพัฒนาตลอดชีวิต และยังไม่มีการจัดประเภทไว้อย่างชัดเจน จากการศึกษาของ Kinsey และคณะ(1948) เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศในเพศชายพบว่ามี 6 ลักษณะดังนี้ คือ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การฝันเปียก การแสดงความรักโดย กอด รูบ และจูบคลำ การร่วมเพศกับเพศตรงข้าม การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน และการมีเพศสัมพันธ์ กับสัตว์ และจากแนวคิดของ Maslow (cited in Ebersole and Hess, 1990: 440) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์ คือ การทำหน้าที่ขั้นพื้นฐานในเพศชาย ได้แก่ การสืบพันธุ์ และมีความซับซ้อนมาก

กว่านั้นโดยรวมถึง สัมพันธภาพของการสื่อสาร ความเชื่อใจ ความรัก การแบ่งปัน และการให้ความสุข อาจมีการร่วมเพศหรือไม่ก็ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงแบ่งพฤติกรรมทางเพศออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ได้แก่ การจับมือ การโอบกอด การจูบหรือหอมแก้ม การกอดคอกัน หรือการประเล้าประโลม การพูดคุยเปิดเผยในเรื่องเพศกับคู่สมรส การพูดหรือได้ยินคำพูดเกี่ยวกับความรักและความห่วงใย การจินตนาการทางเพศ หรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง และพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ

พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ

1. การสัมผัสและการแสดงความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด (Touch and Intimacy)

การสัมผัสเป็นการแสดงถึงความใกล้ชิดผูกพันซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเพศสัมพันธ์ (Ebersole and Hess, 1990: 435) กล่าวได้ว่า การสัมผัสเป็นการแสดงออกทางเพศอย่างหนึ่ง The Hite Report (Hite, 1977 cited in Ebersole and Hess, 1990: 439) กล่าวว่า การสัมผัสของคนรักหรือคู่สมรสในตอนกลางคืน การฟังเสียงหายใจหรือจังหวะการเต้นของหัวใจ และการพูดคุยเปิดเผยในเรื่องเพศ เป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับผู้สูงอายุเพศหญิง นอกจากนี้ Starr and Weiner (1981 cited in Ferrini and Ferrini, 1993: 343) ศึกษาพบว่า ร้อยละ 84 ของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง เชื่อว่าการสัมผัสและการโอบกอดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต Bretschneider and McCoy (1988: 116) ศึกษาพบว่า ร้อยละ 83 ของผู้สูงอายุเพศชาย และร้อยละ 64 ของผู้สูงอายุเพศหญิง มีการแสดงออกทางเพศโดยการสัมผัสและการเล้าโลม โดยไม่มีการร่วมเพศอย่างน้อยเดือนละ 2-3 ครั้ง และความถี่ในการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวในปัจจุบันมีความสัมพันธ์กับในอดีตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 การสัมผัสและการแสดงความรักใคร่และความผูกพันใกล้ชิดนี้รวมถึง การจับมือ การโอบกอด การจูบหรือหอมแก้ม การกอดคอกัน การประเล้าประโลม การพูดคุยเปิดเผยในเรื่องเพศ การพูดและได้ยินคำพูดเกี่ยวกับความรักและความห่วงใย

2. การจินตนาการทางเพศ (Fantasy)

จินตนาการ หมายถึง ภาพที่เกิดจากการนึกคิดหรือที่คิดว่าควรจะเป็นเช่นนั้น (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2526: 230) ดังนั้น จินตนาการทางเพศเป็นการนึกคิดและสร้างภาพที่ทำให้เกิดอารมณ์เพศ อาจเป็นภาพของบุคคลที่มีรูปร่างสวยงามหรือบุคคลที่มีชื่อเสียงเกิดขึ้นได้ทั้งในขณะร่วมเพศหรือสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องถึงจุดสุดยอด ในเพศชายจะแสดงออกในทางก้าวร้าวมากกว่าเพศหญิง ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ไม่มีการสัมผัสกับอวัยวะเพศ จินตนาการของทั้งชายและหญิงมักจะไม่เป็นความจริงแต่ทำให้มีความสุข เพราะทำให้พบกับความต้องการที่ไม่สามารถแสดงออกได้ จากการศึกษาของ Bretschneider and

McCoy (1988: 125) พบว่า ร้อยละ 88 ในเพศชาย และร้อยละ 71 ในเพศหญิงยังคงมีจินตนาการทางเพศถึงเพศตรงข้ามอยู่

3. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation)

การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเป็นการกระตุ้นอวัยวะเพศ เพื่อให้เกิดความสุทธทางเพศโดยไม่มีการร่วมเพศ แต่อาจเป็นการกระทำระหว่างคู่อีกก็ได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเล้าโลมก่อนการร่วมเพศ เพศชายร้อยละ 90 มีประสบการณ์ในการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Reed and Lang, 1987: 204) การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองถือเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการตอบสนองทางเพศและการตอบสนองของร่างกายโดยทั่วๆไปได้ ความถี่ของการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองในเพศชายสูงในวัยรุ่น และลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อแต่งงานแล้ว (Femini and Femini, 1993: 345) แต่ยังคงมีอยู่ตลอดชีวิต การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเป็นเรื่องปกติในผู้สูงอายุ Bretschneider and McCoy (1988: 125) พบว่า ร้อยละ 72 ในเพศชาย และร้อยละ 40 ในเพศหญิง ยังคงสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองอยู่ โดยเฉพาะผู้ที่ขาดคู่อสมรส จากการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 800 ราย ของ Starr and Weiner (1981 cited in Femini and Femini, 1993: 346) พบว่า ร้อยละ 43 ในเพศชาย และร้อยละ 47 ในเพศหญิง ใช้วิธีสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง Catania and White (1982 cited in Kelly, 1988: 171) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้และทัศนคติต่อเรื่องเพศดี มีแนวโน้มในการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองมากกว่าผู้ที่มีความรู้น้อยและได้รับอิทธิพลจากทัศนคติของสังคมภายนอกได้ง่าย สำหรับสังคมไทยที่ทัศนคติต่อการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองของผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการยอมรับนัก

พฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ

การร่วมเพศประกอบด้วยระยะต่างๆดังนี้ (Denny and others, 1984: 233)

1. การเล้าโลมก่อนการร่วมเพศ (foreplay)

การเล้าโลมเป็นกิจกรรมที่เกิดก่อนการร่วมเพศ ทำให้เกิดอารมณ์เพศและการตอบสนองทางเพศให้พร้อมสำหรับการร่วมเพศ ได้แก่ การนึ่งตัวขององครชาติ การเล้าโลมก่อนการร่วมเพศทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ประกอบด้วย การกอด การจูบ การแสดงความรัก และการประเล้าประโลม มักเริ่มจากการกอดและจูบ ไม่ถูกต้องบริเวณอวัยวะเพศ ต่อมาจึงมีการสัมผัสบริเวณหน้าอกและขา ถอดเสื้อผ้า และอวัยวะเพศเป็นส่วนสุดท้ายที่ถูกสัมผัส ปัญหาที่พบบ่อยในขณะนี้ คือ ฝ่ายหญิงมักต้องการการเล้าโลมก่อนการร่วมเพศนานกว่าฝ่ายชาย แต่ฝ่ายชายมักพึงพอใจระยะของการร่วมเพศมากกว่าการเล้าโลมก่อนร่วมเพศ (Denny and others, 1984: 242-243) การเล้าโลมก่อนการร่วมเพศที่ดี ทั้งคู่จะต้องไวต่อความรู้สึกของอีกฝ่ายและแสดงความต้องการให้อีกฝ่ายรู้ เพื่อความพึงพอใจและความสุทธทางเพศของทั้งสองฝ่าย

2. การร่วมเพศ (intercourse)

หลังจากการเล่าโสมงของคราตแข็งตัวเต็มที่แล้ว ระยะเวลาต่อไป คือระยะของการร่วมเพศ เป็นการสอดใส่องคราตเข้าไปในช่องคลอดของเพศหญิง การร่วมเพศในคู่สมรสที่แต่งงานแล้วเป็นสิ่งที่ถูกต้องตามบรรทัดฐานของสังคมและเป็นความคาดหวังของทั้งคู่ ถ้าแต่งงานแล้วไม่มีการร่วมเพศถือว่ามีคามผิดปกติอย่างยิ่ง การร่วมเพศถือว่าเป็นสิทธิ(สามี) และเป็นหน้าที่(ภรรยา) ในปัจจุบันการรับรู้ดังกล่าวได้เปลี่ยนแปลงไป โดยเพศหญิงมีสิทธิที่จะแสดงความต้องการได้เช่นเดียวกับเพศชาย Reed and Lang (1987: 206) พบว่า ความถี่ในการร่วมเพศหลังแต่งงานลดลงจากค่าเฉลี่ย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เมื่ออายุ 20 ปี(แต่งงานใหม่ๆ) เป็น 1 ครั้ง/สัปดาห์เมื่ออายุ 40 ปี(แต่งงานมานาน) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความต้องการในการมีบุตรลดลง อาชีพตมาชิกในครอบครัวมีมาก และเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kinsey และคณะ (1948: 343) พบว่า ความถี่ในการร่วมเพศลดลงทีละน้อยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น Starr and Weiner (1981 cited in Kinsey and others, 1948: 343) รายงานว่า เพศชายอายุระหว่าง 60-96 ปี ยังคงมีการร่วมเพศอยู่ 1.4 ครั้งต่อสัปดาห์ Bretschneider and McCoy (1988: 116) พบว่า ร้อยละ 62 ของผู้สูงอายุเพศชาย และร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุเพศหญิง ยังมีการร่วมเพศสม่ำเสมออย่างน้อย 2-3 ครั้ง/เดือน และจากการศึกษาของเซเมิกา ยามะรัต และคณะ (2542) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าร้อยละ 50 ยังคงมีการร่วมเพศเดือนละ 1-2 ครั้ง แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการทางเพศอยู่ถึงแม้ความถี่ในการร่วมเพศจะลดลงกว่าวัยหนุ่มสาวก็ตาม

3. หลังการร่วมเพศ (afterplay)

พฤติกรรมหลังการร่วมเพศมักพบได้ คือ การกอด การจับมือ การพูดคุย หรืออื่นๆ หลังจากที่ตั้งจุดสุดยอดแล้ว และอยู่ในระยะผ่อนคลายของวงจรการตอบสนองทางเพศจากการศึกษาของ Denny และคณะ (1984: 242-244) พบว่า เพศหญิงต้องการใช้เวลาในการแสดงพฤติกรรมหลังการร่วมเพศมากกว่าเพศชาย

พฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุมีหลายรูปแบบแต่แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆได้ 2 กลุ่ม คือ พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ และพฤติกรรมมีการร่วมเพศ เพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุมีความหมายรวมถึง ความผูกพันใกล้ชิด การแสดงความรัก และการมีกิจกรรมทางเพศ สามารถแสดงออกได้หลายวิธี เช่น การกอด การจูบ การจับมือ การพูดว่ารัก หรือการร่วมเพศก็ตาม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุขและความพึงพอใจ และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในวัยสูงอายุ ดังนั้น ไม่ควรห้ามไม่ให้ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมทางเพศ เนื่องจากผู้สูงอายุก็มีความต้องการทางเพศเช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่น และควรได้รับการตอบสนองความต้องการเช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่เกี่ยวกับเพศในผู้สูงอายุเช่นเดียวกับในวัยหนุ่มสาว Senmens (1981 cited in Kelly, 1988: 167) กล่าวว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศที่มีอายุมากกว่า 40 ปี เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาในทางเสื่อม มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ และต้องทนทุกข์ต่อการคุกคามจากอาการของโรค ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้นึกถึงการมีเพศสัมพันธ์ และอาจหยุดมีเพศสัมพันธ์ไปเลย อาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจในตัวผู้สูงอายุเองและภรรยาซึ่งมีสาเหตุมาจาก

1. พยาธิสภาพของโรค ได้แก่ โรคของเส้นโลหิตที่มีผลต่อการส่งโลหิตมาเลี้ยงที่องศาต เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ทำให้การแข็งตัวขององศาตบกพร่องและผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลในสมรรถภาพทางเพศของตน กลัวความล้มเหลวในการมีเพศสัมพันธ์ และกลัวเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ โรคที่ทำให้ร่างกายเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ เช่น โรคข้ออักเสบรุนแรง ปวดหลังจากกระดูกสันหลังเคลื่อน เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ ความอ่อนแอ เจ็บปวด ซึมเศร้า ความกังวลใจ เป็นผลให้หยุดกิจกรรมทางเพศหรือเลิกมีเพศสัมพันธ์ และเกิดความบกพร่องทางเพศตามมาได้

2. ยาบางชนิด การให้การรักษาด้วยยาซึ่งมีผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศ ความต้องการทางเพศ การถึงจุดสุดยอด และการหลั่งน้ำอสุจิ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคซึมเศร้า และยารักษาโรคทางจิตอื่นๆ (Femini and Femini, 1993: 356) ตัวอย่างยาที่กล่าวถึง ได้แก่ Clonidine Guanethidine Haloperidol Phenothiazines Reserpine Sedatives Thiazide diuretics Tranquilizers และ Tricyclic antidepressants (Eliopoulos, 1993: 117)

3. การขาดความรู้เรื่องเพศ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังส่วนมากมักได้รับการดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนด้านต่างๆเกือบทุกด้าน ยกเว้นเรื่องเพศสัมพันธ์ เนื่องจากอายุไม่กล้าที่จะถามแพทย์หรือพยาบาล และแพทย์หรือพยาบาลเองก็มองข้ามความสำคัญในเรื่องนี้ไป ทั้งที่เรื่องเพศเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ผู้ป่วยอาจหยุดมีเพศสัมพันธ์ไปเลยเนื่องจากกลัวอันตรายหรือเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นจากการแสวงหาข้อมูลเองและได้ข้อมูลที่ผิดๆ ทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ จากการศึกษาของ ปริศนา

วอร์นีย์ (2540) พบว่า สาเหตุของการหยุดมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คือ กลัวอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากขาดความรู้ที่แท้จริง และได้รับข้อมูลข่าวสารที่ดีพิมพ์ให้แนวคิด ว่า โรคหัวใจมีการเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถ้ามีเพศสัมพันธ์

การขาดคู่สมรสที่เหมาะสม

ในวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการพัฒนาในทางเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ผู้สูงอายุบางคนอาจประสบปัญหาอยู่คนเดียวเนื่องจากคู่สมรสเสียชีวิต ทำให้การมีเพศสัมพันธ์หยุดลง หรืออาจมีเพศสัมพันธ์ในรูปแบบที่ไม่มีการร่วมเพศมากขึ้น ได้แก่ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ในรายที่คู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ Masters and Johnson (1981: 388) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ คือ ภาวะสุขภาพของคู่สมรส ในรายที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งสุขภาพไม่ดีอาจทำให้เกิดปัญหาของความต้องการทางเพศที่ไม่ตรงกันและมีปัญหาในชีวิตแต่งงานได้ ถ้าเป็นผู้สูงอายุเพศชายที่สุขภาพไม่ดี อาจกลัวความล้มเหลวในการมีเพศสัมพันธ์และหยุดมีเพศสัมพันธ์ หรือภรรยาอาจมีความกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสามี ทำให้หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษารอง Pfeffer and Davis (1972 cited in Kelly, 1988: 171) พบว่า ความถี่ในการร่วมเพศที่ลดลงในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสถานะภาพสมรส และคู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่

ความเชื่อและค่านิยมทางสังคม

ในสังคมไทยซึ่งคนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นปูชนียบุคคลที่ควรได้รับการเคารพนับถือ เป็นวัยที่ควรไปวัดทำกิจกรรมทางศาสนามากกว่าจะมีความสนใจในเรื่องเพศ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนหยุดมีเพศสัมพันธ์ไม่ตามความเชื่อของสังคม ทั้งๆที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ก็ตาม แต่ถูกจำกัดด้วยความเชื่อทั้งของผู้สูงอายุเองและคนอื่นในสังคม ถ้าผู้สูงอายุคนใดที่ยังมีความสนใจทางเพศอยู่มักถูกมองว่าเป็นพวก "เฒ่าหัวงู" หรือ "แก่ตันทากลับ" ในขณะที่ถ้าเป็นวัยหนุ่มปฏิบัติพฤติกรรมเดียวกันจะถูกมองว่าเป็น "หนุ่มเจ้าสำราญ" (Kaye, 1993: 416) จากความเชื่อและค่านิยมดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการยอมรับตามความเชื่อและค่านิยมที่ว่าเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมและไม่สมควรมีในวัยสูงอายุ เกิดการเก็บกดความต้องการทางเพศไว้ ทำให้เกิดความขัดแย้งและความคับข้องใจ อาจเป็นผลให้เกิดความบกพร่องทางเพศได้

ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศในวัยสูงอายุ ได้แก่

1. การแสดงความรักและความรู้สึกทางเพศเหมาะสมกับวัยหนุ่มสาวเท่านั้น ซึ่งตามความเป็นจริงแล้ว ผู้สูงอายุมีความเป็นบุคคลเช่นในวัยอื่นๆ ซึ่งมีอารมณ์ต่างๆที่หลากหลายรวมทั้งการแสดงความรักและความรู้สึกทางเพศ ซึ่งมีอยู่ตลอดชีวิต

2. เพศสัมพันธ์เป็นเรื่องของการสืบพันธุ์ ซึ่งวัยสูงอายุไม่ใช่วัยเจริญพันธุ์ จึงเป็นทัศนคติที่คัดค้านการมีเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ
3. การแต่งงานใหม่ของผู้สูงอายุที่คู่สมรสเสียชีวิตแล้วเป็นสิ่งที่ไม่สมควร อาจมีสาเหตุจากเรื่องของผลประโยชน์ และมรดกต่างๆ ซึ่งทำให้บุตรหลานคัดค้าน
4. ผู้สูงอายุไม่มีความสนใจทางเพศแล้ว โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงในวัยหมดประจำเดือน
5. การร่วมเพศเป็นอันตรายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจอาจทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น
6. การที่แรงขับน้ำอสุจิลดลงในวัยสูงอายุ แสดงให้เห็นว่า ความสามารถในการร่วมเพศลดลง ควรหยุดมีเพศสัมพันธ์
7. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองทำให้สุขภาพไม่ดี
8. การร่วมเพศกับสาวพรหมจารีจะช่วยเพิ่มพลังทางเพศ
9. ผู้สูงอายุที่ยังเตอะปีบดั่ง แสดงถึงการมีสมรรถภาพทางเพศที่ดี
10. ขนาดขององคชาติที่ใหญ่ สามารถทำให้เกิดความสุขและความพึงพอใจทางเพศได้ทั้งของตนเองและของคู่สมรสมากกว่าขนาดขององคชาติที่เล็ก

ขาดโอกาสและความเป็นส่วนตัว

การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ในสถานสงเคราะห์หรือโรงพยาบาลก็เป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่ง เห็นได้จากการถูกแยกกระหว่างชายและหญิง และเมื่อผู้สูงอายุคนใดแสดงพฤติกรรมทางเพศ เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศ หรือพฤติกรรมอื่นๆ มักถูกมองว่าไม่เหมาะสมและถูกตำหนิจากเจ้าหน้าที่เอง โดยไม่ได้ให้ความสนใจในการประเมินปัญหาที่แท้จริง ในการทำพฤติกรรมดังกล่าว เนื่องจากค่านิยมในสังคมไทยดั่งที่กล่าวมาแล้ว และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุก็เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องเพศและไม่กล้าถาม เมื่อเจ็บป่วยจึงขาดความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ จากแนวคิดของการพยาบาลในปัจจุบันเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ดังนั้น การประเมินปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันจึงมีความสำคัญเช่นเดียวกับปัญหาด้านอื่น โดยต้องคำนึงถึงค่านิยมและวัฒนธรรมที่แตกต่างด้วย จากการศึกษาของ Mulligan and Paiguta (1991: 202) พบว่า ผู้สูงอายุชายในบ้านพักคนชราที่ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 17 มีการร่วมเพศกับคู่สมรสอย่างน้อยเดือนละครั้งเมื่อกลับไปเยี่ยมบ้าน และร้อยละ 73 แสดงพฤติกรรม เช่น การกอด การจูบ และพฤติกรรมทางเพศอื่นๆ

ความบกพร่องทางเพศ

ความบกพร่องทางเพศ เกิดจาก ความบกพร่องในการตอบสนองต่อการเร้าหรือการกระตุ้นอารมณ์เพศ และไม่สามารถึงจุดสุดยอด ความบกพร่องทางเพศไม่จำเป็นต้องเกิดในวัยสูงอายุเสมอไป แต่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง และจากผลข้างเคียงของยาบางชนิด ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว มักมีสาเหตุจากทางร่างกายหรือทางจิตใจก็ได้ ที่พบได้บ่อยคือ

1. การแข็งตัวขององครชาติผิดปกติ หรือการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction or impotence) คือ การที่องครชาติไม่แข็งตัว หรือไม่สามารแข็งตัวเพียงพอที่จะสอดใส่ในช่องคลอดของเพศหญิงได้ แต่ไม่ได้หมายความว่า จะไม่สามารถถึงจุดสุดยอด มีปัจจัย 4 ประการ ที่ชี้วัดถึงสมรรถภาพทางเพศในชาย ได้แก่ ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนและฮอร์โมนเพศอื่นๆที่ปกติ มีเส้นเลือดและเส้นประสาทมาเลี้ยงบริเวณขององครชาติที่เพียงพอ และมีสุขภาพจิตดี ถ้าขาดปัจจัยตัวใดตัวหนึ่งไปอาจทำให้เกิดการแข็งตัวขององครชาติผิดปกติเป็นบางส่วนหรืออย่างสมบูรณ์ได้
2. การหลั่งเร็ว (premature ejaculation) เป็นความบกพร่องทางเพศอีกชนิดหนึ่ง ที่เกิดขึ้นได้ในเพศชาย ส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากจิตใจ ถึงแม้ว่าบางครั้งจะพบมากในคนอายุน้อยและไม่มีประสบการณ์ทางเพศก็ตาม การหลั่งเร็วอาจเกิดจากการมีความสัมพันธ์ทางเพศใหม่ๆในวัยสูงอายุได้ (Femini and Femini, 1993: 359)
3. การเจ็บขณะร่วมเพศ (dyspareunia) มักเกิดในเพศหญิง เกิดจากการมีน้ำหล่อลื่นและความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลงเมื่อหมดประจำเดือน อาการเจ็บมักเกิดในระยะจุดสุดยอด เนื่องจากมีการหดเกร็งตัวของมดลูก
4. ช่องคลอดหดรั้งตัว (vaginismus) เกิดการหดรั้งตัวของกล้ามเนื้อช่องคลอดส่วนล่างเมื่อพยายามร่วมเพศ อาจเกิดจากการกลัวเจ็บขณะร่วมเพศ
5. ไม่สามารถึงจุดสุดยอด (orgasmic dysfunction) พบในเพศหญิง อาจไม่เคยถึงจุดสุดยอดมาก่อนเลย หรือเคยถึงจุดสุดยอดในอดีตมาก่อน มักมีสาเหตุมาจากด้านจิตใจ นอกจากนี้ อาจเกิดจากการขาดความรู้และความไวต่อความรู้สึกทางเพศของคุณสมรส

การส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุ ถือเป็นบทบาทด้านหนึ่งของพยาบาลในการให้การดูแลผู้สูงอายุโดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การพูดคุยเพื่อประเมินปัญหาเกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ต้องใช้ความระมัดระวัง เนื่องจากเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไวต่อความรู้สึกมาก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุมักจะมีความอายที่จะพูดเกี่ยวกับเรื่องเพศ การที่พยาบาลจะปฏิบัติบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาเรื่องเพศแก่ผู้สูงอายุได้นั้น ควรจะต้องมีความรู้

เกี่ยวกับกายวิภาคและการเปลี่ยนแปลงของสตรีวิทยาทางเพศ รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีเป็นพื้นฐาน Laffin (1998: 106-107) กล่าวว่า การที่จะบุคคลจะมีความสุขทางเพศได้นั้นต้องรู้จักปรับเปลี่ยนแบบแผนทางเพศให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางสตรีวิทยา และได้ให้ข้อเสนอแนะในการให้คำแนะนำผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางเพศและพฤติกรรมทางเพศไว้ ดังนี้

1. การพูดคุยสื่อสารในเรื่องต่างๆ รวมทั้งความรู้สึกเกี่ยวกับเพศ สิ่งที่ชอบและไม่ชอบอย่างเปิดเผยกับคู่สมรส
2. ไม่เร่งรีบในการทำกิจกรรมทางเพศ ลดความกังวลเกี่ยวกับความสามารถทางเพศ
3. ใช้ท่าที่ไม่มีการเกร็งกล้ามเนื้อของแขนและข้อต่างๆ
4. ออกกำลังกายโดยการบีบกล้ามเนื้อบริเวณก้น (Kegel exercise) อย่างสม่ำเสมอ
5. ใช้มือช่วยในการกระตุ้นอวัยวะเพศของคู่สมรส
6. ใช้วิธีสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเมื่อความต้องการทางเพศไม่ตรงกันในบางครั้ง
7. ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้น
8. แสดงออกถึงความสุขและความพอใจจากการสัมผัส อาจใช้เจลหล่อลื่นช่วยในขณะมีเพศสัมพันธ์
9. มีการจินตนาการทางเพศ การรำลึกถึงเรื่องในอดีต การกอด การจูบ การลูบคลำ การพูดคุย และการหัวเราะ
10. สร้างบรรยากาศให้โรแมนติก เช่น แสงไฟสลัว แต่งกายเข้ายวน เปิดเพลงเบาๆ หรือเปลี่ยนสถานที่ เป็นต้น
11. ให้ความสนใจความเป็นบุคคล ได้แก่ การแต่งกาย ความสะอาดของร่างกาย และดูแลให้คู่สมรสเป็นที่ดึงดูดใจ

ในวัยสูงอายุ คู่สมรสที่อยู่ด้วยกันมานาน อาจทำให้ความตื่นเต้นเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศที่เคยทำมาลดลง การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทางเพศบางอย่าง และการทำตัวให้เป็นที่ดึงดูดใจกับคู่สมรสจะช่วยกระตุ้นอารมณ์เพศได้ดีขึ้น ทำให้สามารถคงไว้ซึ่งความสุขทางเพศในบั้นปลายชีวิต

โรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคหัวใจขาดเลือด

โรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง ภาวะที่หัวใจขาดเลือดเลี้ยง หรือเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอกับความต้องการ ส่วนใหญ่จะมีสาเหตุมาจากผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีเลี้ยงหัวใจเกิดการแข็งตัวและรูตีบแคบลง (Coronary Atherosclerosis) ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน จึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น อาจเรียกชื่ออื่นได้อีกเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Heart Disease) หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Disease) (พรรณิ เลติยรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 429; Beare and Myers, 1994: 858)

สาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือดและปัจจัยเสี่ยง

โรคหัวใจขาดเลือดมีสาเหตุร้อยละ 80-90 มาจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัวผนังบุด้านในของหลอดเลือด (intima layer) เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของผนังชั้นกลาง (medial layer) ในระยะแรกจะเกิดรอยไขมัน (fatty streak) ที่ผนัง ต่อมาจะกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา (fibrous plaques) จนผนังหนาตัวขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ มีเลือดออก (hemorrhage) และมีหินปูนเกาะจับได้ (calcification) (พรรณิ เลติยรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 430)

ตามคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดออกเป็น 2 ประเภทคือ ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้หรือควบคุมไม่ได้ (uncontrollable or nonmodifiable risk factors) และปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้หรือควบคุมได้ (controllable or modifiable risk factors)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดที่ควบคุมไม่ได้หรือปรับเปลี่ยนไม่ได้

1. อายุ (age) เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและการไหลเวียนของเลือด อธิบายโดยทฤษฎีการสูงอายุ คือ หลอดเลือดจะแข็งตัวขึ้นและขาดความยืดหยุ่น มีแคลเซียมจับตามผนังเส้นเลือด ความกว้างของหลอดเลือดเล็กลง (พิชญานภรณ์ มูลศิลป์, 2536: 18) การบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลังลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ (cardiac output) ลดลงประมาณ 1% ทุกปี เริ่มตั้งแต่อายุประมาณ 25 ปี และเมื่ออายุ 60 ปี จะลดลงถึง 35% เมื่อเทียบกับในวัยหนุ่มสาว ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับอัตราการเต้นของหัวใจ หรือ

ปริมาณเลือดออกจากหัวใจให้เหมาะสมในขณะที่ทำกิจกรรมบางอย่างซึ่งต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่น การออกกำลังกาย เป็นไข้ หรือ มีความเครียด (Beare and Myers, 1994: 858)

2. เพศ (sex) โรคหัวใจขาดเลือดพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 72) แต่เมื่ออายุมากขึ้น ในเพศหญิงเมื่อหมดประจำเดือนจะพบได้บ่อยใกล้เคียงกับเพศชาย (ทรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 430)

3. กรรมพันธุ์ (heredity) ผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง หรือโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนอายุ 65 ปี มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมากกว่า (Ritchie, 1993: 425)

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดที่ควบคุมได้หรือปรับเปลี่ยนได้

1. การสูบบุหรี่ (smoking) ผู้ที่สูบบุหรี่ 20 มวนวันขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจถึง 6.5 เท่าของคนที่ไม่สูบบุหรี่ (สมชาย ไชยยะ, 2536: 21) และผู้สูงอายุชายที่ยังสูบบุหรี่จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดถึง 2 เท่า (Benfant, 1991: 897-899) เนื่องจากในบุหรี่มีสาร carbon monoxide ที่สามารถทำลายผนังส่วนในของหลอดเลือดได้ และยังมีสาร nicotin ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ catecholamine ซึ่งปล่อยออกมาจำนวนมาก ทำให้เกิด platelet aggregation เพิ่มมากขึ้น ฐของหลอดเลือดแคบลง หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นในการบีบตัวเพื่อให้ออกไปเลี้ยงยังอวัยวะต่างๆ อาจเกิดการตันของหัวใจฉับพลัน และความดันโลหิตสูงขึ้น มีผลต่อหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ (Kinney and Packa, 1996: 263)

2. ความดันโลหิตสูง (hypertension) ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 160/95 mmHg (Nachtigall and Nachtigall, 1990: 26) ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เป็นสาเหตุให้ขนาดของหัวใจโตขึ้นและอ่อนกำลังลง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดปริแตก ไตวาย และหัวใจล้มเหลวได้ ถ้าความดันโลหิตสูงอยู่เป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการแก้ไข

3. ไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) ระดับไขมันโคเลสเตอรอลปกติ มีค่าอยู่ระหว่าง 150-250 mg/dl ถ้าไขมันในเลือดสูงกว่าปกติจะไปจับตัวกับผนังหลอดเลือดทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก จึงเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่าย

4. เบาหวาน (diabetes mellitus) ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน จะพบว่าโรคหัวใจขาดเลือดและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมาเป็นเวลานาน และมักจะพบเป็น 2 เท่าของคนปกติ (ทรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 432) มากกว่า 80% ของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเสียชีวิตจากโรคหัวใจหรือหลอดเลือด

5. ขาดการออกกำลังกาย (physical inactivity) จากการศึกษาของลินจง โปริบาล(2538:1-18) พบว่า ภาวะการขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจที่พบมากที่สุดของผู้สูงอายุไทยถึงร้อยละ 81.5 การออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะการออกกำลังกายช่วยควบคุมระดับโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด เบาหวาน และไม่อ้วน ทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดน้อยกว่าคนที่ไม่ออกกำลังกาย จากการศึกษาของ Paffenbarger (1993 อ้างถึงใน วินัล ลิพท์กุล, 2539: 41) พบว่า การเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดและสาเหตุอื่นๆ

6. ความอ้วน (obesity) ความอ้วนมากเกินไป เช่น มีน้ำหนักตัวสูงกว่าร้อยละ 30 ของน้ำหนักตัวมาตรฐาน จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เพราะความอ้วนมีผลต่อระดับไขมันในเลือด ทำให้โคเลสเตอรอลสูงขึ้น นอกจากนี้คนอ้วนยังมีแนวโน้มที่จะเกิดความดันโลหิตสูงและเบาหวานมากกว่าคนปกติด้วย (Kinney and Packa, 1996: 267)

7. ความเครียดและบุคลิกภาพ (psychologic stress and personality type) อารมณ์เครียด หรือความตื่นเต้นตกใจมากๆ จะกระตุ้นไฮโปธาลามัส (hypothalamus) และส่งผลไปยังพิทูอิทารีส่วนหน้า (anterior pituitary) ให้หลั่ง ACTH (Adreno Cortico Trophic Hormone) ซึ่งกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนแมดูลลา (adrenal medulla) ให้หลั่งอะดรีนาลีน (adrenaline) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะภายในส่วนใหญ่หดตัว แต่ทำให้กล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัว มีผลทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่เป็นไปตามปกติ กล้ามเนื้อหัวใจจึงอาจได้รับเลือดไม่เพียงพอ (นิตยา ภานุพันธ์, 2529: 15) นอกจากนี้ ผู้ที่มีบุคลิกภาพบางอย่างที่มักทำอะไรด้วยความรีบร้อน มีความก้าวร้าว มีความคิดแข่งขัน มีความไฝฝืนสูง ไม่มีความอดทน ซึ่งเรียกว่ามีบุคลิกภาพ type A มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้มาก โดยกลไกการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด แต่ผู้ป่วยประเภทนี้มักพบว่ามี catecholamine ในเลือดสูงซึ่งทำให้เกิดมีความดันโลหิตสูง พบการทำงานของเอนริคเลือดผิดปกติได้ (พรพนี เลติยโรจ และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 432)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมีหลายประการด้วยกัน บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอย่างหนึ่ง คือการให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ เพื่อควบคุมและยับยั้งความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค และช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหัวใจขาดเลือด

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ภาวะหลอดเลือดแข็งตัวเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดการอุดตันของการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งขึ้นทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง ขาดความยืดหยุ่น ไม่สามารถขยายตัวได้ เกิดความไม่สมดุลของการไหลของเลือดแดงเลี้ยงหัวใจกับความต้องการเลือดเลี้ยงหัวใจ (imbalance of myocardial supply and demand) ทำให้ออกซิเจนและสารอาหารที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ลดลง เมื่อเลือดแดงไหลมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจ มีออกซิเจนน้อย จะเกิดภาวะโรคหัวใจขาดเลือด โดยปกติเมื่อมีการอุดตันเนื่องจากการแข็งตัวของหลอดเลือดส่วนต้นของหลอดเลือดแดงเลี้ยงหัวใจ ความดันในส่วนปลายของหลอดเลือดนั้นจะลดลง แต่จะมีการพยายามเลี้ยงไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึงขั้นอันตราย โดยลดการตึงตัว (decrease in resistance) และให้สาร adenosine ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัวได้ adenosine จะมีมากขึ้นเมื่อเมตาบอลิซึมของกล้ามเนื้อหัวใจสูงขึ้น หรือในภาวะที่มีเลือดมาเลี้ยงลดลง (reduce arterial supply) ซึ่งเป็นการควบคุมอัตโนมัติ (auto-regulation) แต่ถ้ามีการอุดตันมากกว่าร้อยละ 80 จะมีผลต่อปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ และความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดที่รุนแรงได้ โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้น (พรวณีย์ เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 433-436)

อาการทางคลินิกของโรคหัวใจขาดเลือด

การไม่ปรากฏอาการแสดงของโรคหัวใจขาดเลือด ขึ้นอยู่กับการคงไว้ซึ่งสมดุลระหว่างปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการ ถ้าปริมาณออกซิเจนหรือเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงต่ำกว่าความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจแล้ว เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจก็จะได้รับอันตราย (ภาวะหัวใจขาดเลือด) หรือเนื้อเยื่อบริเวณนั้นถูกทำลาย (ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย) ระหว่างที่มีภาวะขาดเลือดเกิดขึ้นซึ่งขึ้นกับระดับความรุนแรงของเซลล์ที่ถูกทำลายนั้น ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยมีอาการเจ็บหน้าอก เซลล์เหล่านี้จะคืนสู่สภาพเดิมเมื่อปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจได้ตามปกติ แต่ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงเป็นเวลานาน จะทำให้เซลล์บริเวณดังกล่าวตายได้ ปัจจัยที่มีผลต่อการลดปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ การอุดตันของเกร็ดเลือด (thrombus formation) ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ภาวะเลือดจาง (anemia) ภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) และหลอดเลือดแดงโคโรนารีหดตัว (coronary artery spasm) ผู้ป่วยโรคหัวใจ

ขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บหน้าอก (chest pain or angina pectoris) เมื่อรูของหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแคบร้อยละ 75 ขึ้นไป แต่ในผู้สูงอายุมักจะมีอาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นอาการสำคัญนำมาก่อนจะมีอาการเจ็บหน้าอกถึงร้อยละ 80 (Beare and Myers, 1994: 859-860) ภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุอาจจะแสดงอาการหรือไม่แสดงอาการก็ได้ ร้อยละ 80 ของกลุ่มที่แสดงอาการ จะมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นอันดับแรก (Wenger et al, 1987 cited in Ritchie, 1993: 424) ในรายที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกมักให้ประวัติว่าหายใจลำบาก และหรือ อ่อนเพลีย อาจมีอาการร่วมอื่นๆ เช่น เป็นลม ใจเต้น แน่นท้อง รู้สึกเหมือนเป็นไข้ ปวดกราม ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ เป็นต้น อาการของการขาดออกซิเจน เช่น สีของผิวหนังและเยื่อบุอวัยวะต่างๆซีดลง บวม อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มขึ้น ลดลง หรือไม่สม่ำเสมอ และความดันโลหิตลดลงในอวัยวะส่วนปลาย (Frishman et al, 1987; Hurst, 1990 cited in Ritchie, 1993: 424)

การเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจขาดเลือด แบ่งตามลักษณะการเจ็บได้เป็น 2 ชนิดคือ การเจ็บหน้าอกแบบคงที่ และการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่

1. การเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (stable angina pectoris) หมายถึง การเจ็บหน้าอกที่ค่อนข้างจะเรื้อรัง เป็นในลักษณะเดียวกัน บริเวณที่เจ็บ ระยะเวลาที่เจ็บ และมีตัวกระตุ้นคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะเป็นมาในเวลานานกว่า 2 เดือนขึ้นไป (พรรณี เสดียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 436-437) มักเกิดขึ้นเมื่อออกกำลังกายหรือมีความเครียดทางอารมณ์ ทำให้ความต้องการออกซิเจน (oxygen demand) ของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น จากการเพิ่มปริมาณการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงหัวใจ (Beare and Myers, 1994: 860) อาการเจ็บหน้าอกมักมีความรุนแรงเพียงปานกลาง นาน 1-3 นาที ผู้ป่วยบางคนบอกได้เลยว่าเดินไกล 100 เมตร ก็จะมีอาการเจ็บหน้าอกทุกครั้ง จะดีขึ้นเมื่อนั่งพักสักครู่ประมาณ 3-5 นาที (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538: 3) ลักษณะของการเจ็บผู้ป่วยอาจบรรยายแตกต่างกันไปบ้าง เช่น มีความรู้สึกแน่นอึดอัดบริเวณหน้าอก หรือมีอาการเจ็บหนักๆ หรือเจ็บเหมือนมีใครมาบีบบริเวณหน้าอก หายใจไม่ออก ส่วนน้อยจะมีความรู้สึกแสบๆหรือชา แต่จะไม่เจ็บแสบหรือแสบๆ บริเวณที่เจ็บจะอยู่ตรงกลางหน้าอกด้านซ้ายหรือด้านขวา บริเวณละบักหลัง หรือบริเวณหัวใจซ้าย และเมื่อเจ็บจะมีอาการร้าวไปที่แขนซ้ายมากกว่าแขนขวา หรือไปที่คอ ที่กราม ที่หัวใจซ้าย (พรรณี เสดียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 437)

2. การเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina pectoris) หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงกว่าการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ มักเรียกว่า preinfarction angina หลอดเลือดแดงโคโรนารีไม่สามารถนำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เพียงพอตามความต้องการได้แม้ในขณะพัก การเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่นี้มักมีอาการเจ็บถี่ขึ้น ระยะเวลาสั้นขึ้น และมีความรุนแรง

อาการเจ็บไม่ทุเลาลงเมื่อได้พักหรือได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งสามารถวินิจฉัยได้จากอาการซึ่งจะมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ (พรพนี เสดียรโชค และประติษฐชัย ชัยเตรี, 2536; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538; Beare and Myers, 1994)

2.1 angina of recent onset เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกครั้งแรกในระยะเวลา 6-8 สัปดาห์ เป็นอันที่การทำนายโรคดีที่สุดในกลุ่มข้อ

2.2 crescendo angina อาการเจ็บหน้าอกมีความถี่มากขึ้น มีความรุนแรงมากขึ้น เป็นระยะเวลาานานมากขึ้นกว่า 10 นาที อาจเจ็บนานมากกว่าครึ่งชั่วโมง หรือไม่หายหลังใช้ยาอมใต้ลิ้น nitroglycerine

2.3 angina at rest มีอาการขณะที่นั่งพักเฉย ๆ ไม่ได้ออกกำลังกาย เป็นอันที่การทำนายโรคไม่ดีที่สุดในกลุ่มข้อ

อาการเจ็บหน้าอก เป็นอาการที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด แต่ในผู้สูงอายุอาการอาจไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุอาจรู้สึกเหนื่อย จุกแน่นหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก และความดันโลหิตต่ำ ซึ่งถ้าไม่สามารถประเมินอาการและให้การช่วยเหลือโดยทันทีแล้ว อาจทำให้เสียชีวิตกระทันหันได้ (Huntter, 1995: 32) การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องทดลอง และการตรวจคลื่นหัวใจจะเป็นประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยได้

การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด

อาการสำคัญของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นในขณะผู้ป่วยแต่ละคนทำกิจกรรมแตกต่างกันไป ผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือนอนพักก็มีอาการเจ็บหน้าอก ย่อมมีความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายหนักๆแล้วมีอาการเจ็บหน้าอก สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association, 1964 cited in Rasof and Gorbien, 1998: 234) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ ดังนี้

ระดับที่ 1 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น การทำงาน ออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอก

ระดับที่ 2 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน การเดินในระยะทางไกลๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอก แต่จะมีอาการถ้ามีการออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น การวิ่ง การเดินขึ้นบันไดเร็วๆ เป็นต้น และจะกลับรู้สึกสบายดีเมื่อได้พักระยะหนึ่ง หลังจากนั้นก็สามารถทำกิจกรรมต่อไปได้

ระดับที่ 3 ทำกิจกรรมที่ออกแรงได้เพียงเล็กน้อย เช่น กวาดบ้าน การเดินไปห้องน้ำ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก และจะรู้สึกสบายดีเมื่อได้หยุดพักหรืออยู่เฉยๆ

ระดับที่ 4 ระวังพัก เช่น นอนหรือนั่งอยู่บนเตียงเฉยๆ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก และการออกแรงเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยมาก

ต่อมาสมาคมโรคหัวใจของแคนาดา ได้จำแนกความรุนแรงของโรคตามอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998: 234) โดยได้รับการยอมรับจากสมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ในระดับปกติ เช่น เดินหรือขึ้นบันได โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จะเกิดอาการเมื่อทำงานอย่างหนักเป็นเวลานาน

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติ เช่น เดินหรือขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว เดินหรือขึ้นบันไดหลังรับประทานอาหาร อากาศหนาวเกินไป ลมแรงเกินไป มีอาการแสบหรือเจ็บหน้าอก เดินมากกว่า 90 เมตรบนพื้นราบ และเดินขึ้นบันไดมากกว่า 1 ชั้นในภาวะปกติ จึงมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และถ้าได้พักระยะหนึ่งจะสามารถทำกิจกรรมต่อได้

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติอย่างชัดเจน เช่น เดิน 90-180 เมตรบนพื้นราบ และขึ้นบันได 1 ชั้นในภาวะปกติแล้วจะมีอาการเจ็บหน้าอก อาการไม่ดีขึ้นเมื่อพัก ต้องอมยาขยายหลอดเลือดได้ถึงจึงดีขึ้น

ระดับที่ 4 ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะพัก

การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือด

ในการวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดทำได้โดยใช้การซักประวัติและการตรวจต่าง ๆ ประกอบกัน (จันทนา วัฒนศิริชัย, 2536; พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536; Ritchie, 1993; Beare and Myers, 1994)

1. การซักประวัติ เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ช่วยให้แยกได้ว่าการเจ็บหน้าอก เกิดเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวหรือจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยต้องซักประวัติให้ครอบคลุมถึงการเจ็บหน้าอกทั้งในอดีตและปัจจุบัน นอกจากนี้ ควรถามไปถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้ เช่น การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ประวัติบุคคลใน

ครอบครัวที่เป็นโรคนี้อยู่แล้ว และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมให้เกิดโรค เช่น อุปนิสัยในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ตลอดจนอาชีพและเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อความเครียดได้

2. การตรวจร่างกาย อาจไม่ช่วยอะไรได้มากเพราะจะไม่พบสิ่งผิดปกติมากนัก แต่อย่างไรก็ตาม ถ้าตรวจอย่างละเอียดอาจจะพบสิ่งผิดปกติของอาการแทรกซ้อนได้ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมักพบว่าหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (tachycardia) ความดันโลหิตอาจสูงขึ้นหรือลดลง และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (dysrhythmias)

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจนับเม็ดเลือดและฮีโมโกลบิน (CBC) เพื่อประเมินภาวะซีด หรือมีเม็ดเลือดแดงในเลือดมากเกินไป ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้

3.2 การตรวจระดับไขมันในเลือด มักพบว่า มี cholesterol สูง แต่ triglyceride อาจพบสูงได้แต่น้อยกว่า ส่วน HDL อาจพบว่าต่ำหรือปกติ

3.3 การตรวจระดับเอนไซม์ที่สำคัญในเลือด (cardiac enzymes) ได้แก่ CPK (Creatinine Phosphokinase) SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) LDH (Lactic Dehydrogenase) มักพบว่าปกติเสมอขณะมีอาการเจ็บหน้าอก

4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram หรือ ECG) คลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะเจ็บหน้าอกอาจพบว่าปกติ หรืออาจแสดงให้เห็นว่ามีภาวะขาดเลือด โดยคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงคือ ST depression และ T inversion

5. การทดสอบสมรรถภาพการทำงานของหัวใจด้วยการออกกำลังกาย (Exercise Stress Test หรือ EST) เชื่อว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้เกิดการแสดงของอาการเจ็บหน้าอก พร้อมทั้งมี ST depression โดยถือว่าถ้า ST ต่ำลงกว่า 0.20 มิลลิโวลท์หรือมากกว่า และ ST ลดต่ำลงนั้นนานกว่าปกติ หรือจนกระทั่งหยุดแล้วยังไม่กลับสู่ปกติถือว่าโรคหัวใจขาดเลือด ในบางรายอาจพบ ST ยกสูงขึ้น ได้มีผู้สังเกตว่าความสูงของคลื่น R ในหลาย ๆ ลีดเพิ่มขึ้นหลังจากออกกำลังกายจะพบว่าโรคนี้พร้อมทั้งมีกล้ามเนื้อหัวใจเสียหาย ในคนปกติถ้ามีการออกกำลังกาย จะมีหัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยที่มีโรคนี้จะพบว่ามีความดันโลหิตต่ำลง หัวใจอาจไม่เต้นเร็วขึ้นในเวลาออกกำลังกาย ในบางรายจะพบว่าหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดขึ้นจากการออกกำลังกาย เช่น Premature Ventricular Contraction (PVC) มักจะมีโรคหัวใจขาดเลือด (Bruce and Homsten, 1969; Faris, McHenry and Morris, 1978 อ้างถึงใน พรพณี เล็กยวโรช และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 438)

6. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray) อาจพบว่าปกติหรือขนาดหัวใจโตกว่าปกติ (cardiomegaly)

7. การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเข้าของหัวใจ (cardiac

catheterization or coronary arteriography or left ventricular angiography) เป็นวิธีที่จะได้รับการวินิจฉัยมากกว่าวิธีอื่นๆ ว่าผู้ป่วยจะมีโรคนี้หรือไม่ มีกี่เส้น มากน้อยเพียงใด รวมไปถึงดูการทำงานของหัวใจ โดยเฉพาะในหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricle) ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (stable angina pectoris) ที่มีคลื่นหัวใจไฟฟ้าผิดปกติ พบว่า มีโรคหัวใจขาดเลือดได้ตั้งแต่ 1-3 เส้น แต่ถ้ากราฟคลื่นหัวใจมีคลื่น Q ที่แสดงว่าเคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะพบมีการบีบตัวผิดปกติของหัวใจห้องซ้าย (Ross and Glomset, 1973 อ้างถึงใน พรพนี เถติยโรช และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 438)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีอันตรายที่สุด โดยอาจทำให้เสียชีวิตได้ง่ายถ้าได้รับการรักษาไม่ทัน ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) เกิดขึ้นจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างกะทันหัน อันเป็นผลจาก plaque rupture ร่วมกับ spasm platelet aggregation และ thrombus formation และการอุดตันนี้เกิดอยู่ยาวนานเกิน 6 ชั่วโมง ทำให้การตายของกล้ามเนื้อสมบูรณ์ทั้งหมดจาก endocardium ถึง epicardium (transmural infarction) ร้อยละ 90 ของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะพบการอุดตันทั้งหมด (total occlusion) ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนนั้น ส่วนอีกร้อยละ 10 เป็นหลอดเลือดแดงปกติ เข้าใจว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากการที่หลอดเลือดหดตัวอย่างรุนแรง (severe spasm) อยู่เป็นเวลานาน อาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงมาก มีเหงื่อออก อาจคลื่นไส้อาเจียน รู้สึกจะเป็นลม อาการเป็นนานมากกว่า 30 นาที อมยาได้ลิ้นก็ไม่หาย หรืออาจมีอาการของโรคแทรกซ้อน เช่น อาการของหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย อาการแสดงมีหน้าซีด มือเท้าเย็น ความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลงในระยะแรก อาจตรวจพบ S3 และ S4 gallop อาจมี crepitation ที่ปอดถ้ามีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย (เกิดภูมิ มีนาภินันท์, 2531; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538)

การวินิจฉัยจาก WHO ให้ สองในสาม criteria ดังนี้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538: 5-6)

1. symptom ถ้ามีอาการเข้าได้กับลักษณะของการตายแบบเฉียบพลัน
2. ECG criteria การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีดังนี้
 - 2.1 hypoacute stage พบว่า T wave มีขนาดสูงขึ้น
 - 2.2 acute stage พบ ST segment elevation ในตำแหน่งที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ
 - 2.3 inferior wall infarction พบการเปลี่ยนแปลงที่ L2, L3 และ aVF

2.4 anterior wall infarction พบการเปลี่ยนแปลงที่ V1-V6

2.5 anteroseptal wall infarction พบการเปลี่ยนแปลงที่ V1-V4

2.6 anterolateral wall infarction พบการเปลี่ยนแปลงที่ L1,aVL และ V1-V6

2.7 posterior wall infarction พบการเปลี่ยนแปลงเป็น mirror image ที่ anterior chest leads

2.8 pathologic Q wave มักจะปรากฏภายใน 24 ชั่วโมงในตำแหน่งของ leads ที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.9 T wave inversion

การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏให้เห็นของการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. enzymetic criteria จะมีการเพิ่มขึ้นของ cardiac enzymes ดังนี้

3.1 CPK (Creatinine Phosphokinase) ขึ้นตั้งแต่ 6 ชั่วโมงหลัง Infarction สูงสุดที่ 24 ชั่วโมง และลงที่ 48-72 ชั่วโมง

3.2 SGOT (Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase) ขึ้นที่ 24 ชั่วโมง สูงสุดที่ 48-72 ชั่วโมง และลงที่ 3-5 วัน

3.3 LDH (Lactic Dehydrogenase) ขึ้นที่ 48-72 ชั่วโมง และอยู่ยาวนาน 10-14 วัน

การรักษาโรคหัวใจขาดเลือด

การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ การระงับอาการเจ็บหน้าอก การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (นิตยา ภาสุนันท์, 2529: 16) สามารถแบ่งวิธีการรักษาได้เป็น 2 วิธี (Lueckenotte, 1996: 514) ดังนี้คือ

การรักษาโดยการใช้ยา (Medical Therapy)

การรักษาด้วยวิธีนี้มีจุดประสงค์ในการรักษา คือ ลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงโคโรนารีและออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ มักใช้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (stable angina pectoris) แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ยากลุ่มไนเตรท (nitrates) เป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีหลายรูปแบบ

มีฤทธิ์ในการขยายเส้นเลือดดำและลดแรงต้านของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ทำให้เลือดดำไหลเข้าหัวใจลดลงช่วยให้ลดแรงดันในหัวใจห้องล่างซ้าย (preload) เป็นการลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand) แต่อาจทำให้ความดันโลหิตลดลงจากการที่ยานี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงเลี้ยงหัวใจด้วย ยานี้มีใช้กันหลายรูปแบบ ได้แก่

1.1 sublingual form ใช้อมใต้ลิ้นขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก ยาจะสามารถดูดซึมผ่าน buccal mucosa และออกฤทธิ์อย่างรวดเร็ว ทำให้อาการเจ็บหน้าอกทุเลาลงได้ภายในเวลา 2-3 นาทีเท่านั้น อาจใช้ติดต่อกันได้ 1-3 เม็ด แต่ยาจะเสื่อมคุณภาพเร็วเมื่อถูกแสง ควรเก็บไว้ในขวดสีชา และยาที่ไม่หมดอายุเมื่ออมแล้วจะมีรสเผ็ดซ่า ยาที่ใช้ในรูปแบบนี้ ได้แก่ nitroglycerin (glyceryl trinitrates) isosorbide dinitrate

1.2 spray ใช้พ่นเข้าในปากขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก มีข้อบ่งชี้ในการใช้เช่นเดียวกับ sublingual form

1.3 intravenous form ที่นิยมใช้กันมาก ได้แก่ intravenous nitroglycerin ให้ทางหลอดเลือดดำโดยหยดช้า มักใช้ในรายที่อาการเจ็บหน้าอกรุนแรง ใช้ยาอมใต้ลิ้นแล้วไม่หาย

1.4 oral form ทำในรูปเม็ดหรือแคปซูล เป็นชนิดที่ออกฤทธิ์ช้า (slow release) และอยู่ได้นาน 12-24 ชั่วโมง ยาในรูปแบบนี้ ได้แก่ isosorbide dinitrate isosorbide mononitrate และ pentaerythritol tetranitrate

1.5 transdermal form มีลักษณะเป็นแผ่นปิดหน้าอก เป็น reservoir ทำหน้าที่ปล่อยตัวยาให้ดูดซึมผ่านผิวหนังทีละน้อย อยู่ได้นานถึง 18-24 ชั่วโมง มักใช้เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก แต่ถ้าใช้เป็นเวลาานาน ร่างกายจะเกิดความทนต่อยา (tolerance) ทำให้ยาลดประสิทธิภาพลงได้

อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ ปวดศีรษะ หน้าแดง วิงเวียน อ่อนเพลีย ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ซีพจรเต้นเร็วผิดปกติ ใจสั่น คลื่นไส้ ในผู้สูงอายุควรระวังการเป็นลมหรือหกล้มจากความดันต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ควรให้ผู้สูงอายุนอนพักหลังจากได้รับยาเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาดังกล่าว

2. ยาปิดกั้นเบต้า (beta blocker) ออกฤทธิ์โดยลดการหลั่ง catecholamines จาก beta-receptors ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การบีบและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (Fleury, 1992:214) ยาในกลุ่มนี้สามารถใช้ร่วมกับยากันในเตตราได้โดยไม่มีปฏิกริยาต่อกัน เช่น metoprolol atenolol acebutolol และ propranolol

อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ อ่อนเพลีย ง่วงซึม เห็นภาพหลอน ซึมเศร้า ซีทเจอร์ตันข้างล่าง ความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจล้มเหลว หลอดลมหดเกร็ง น้ำตาลในเลือดต่ำ และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เมื่อใช้ในผู้สูงอายุควรต้องระวังในเรื่องขนาดที่ใช้ และสังเกตอาการต่างๆที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ควรสอนให้จับซีทเจอร์ก่อนรับประทานยา ถ้าอัตราการเต้นของซีทเจอร์ช้าลงกว่า 50 ครั้ง/นาที ให้งดยาในมือนั้นและบอกให้แพทย์ทราบ นอกจากนี้ให้สังเกตอาการของน้ำตาลในเลือดต่ำในรายที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย ได้แก่ อาการใจสั่น หน้ามืด คล้ายจะเป็นลม ซึ่งต้องบอกให้แพทย์ทราบเช่นกัน เพื่อปรับขนาดยาให้เหมาะสม ยา propanolol อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลง และมีผลให้สมรรถภาพทางเพศลดลงได้ (Burnside, 1988: 458; Beare and Myers, 1994: 861)

3. ยาด้านแคลเซียม (calcium channel blockers) ออกฤทธิ์ยับยั้งการเคลื่อนผ่านของแคลเซียมไปยังเยื่อหุ้มภายในกล้ามเนื้อหัวใจ ช่วยลดการบีบและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจลดลงจากการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังหัวใจ ให้ได้ผลดีในการลดอาการเจ็บหน้าอก (Opie, 1980 อ้างถึงใน พรรณี เถติยวโรช และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 440) ยาในกลุ่มนี้เช่น verapamil (isoptin calan) diltiazem (cardizem) และ nifedipine (procardia)

อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หน้ามืดเป็นลม ใจสั่น บวมตามข้อนิ้วส่วนปลาย ซีทเจอร์ช้าลง ท้องผูก หรือท้องเสีย ไปแดงเขียวในเลือดต่ำ เมื่อใช้ในผู้สูงอายุควรต้องระวังเรื่องขนาดของยา จับซีทเจอร์ก่อนรับประทานยา ควรให้ผู้ป่วยนอนพักหลังจากได้รับยา แนะนำให้เปลี่ยนท่าช้าๆ อาจท้องผูก แนะนำให้ดื่มน้ำมาก ๆ และรับประทานอาหารที่มีเส้นใย ผัก และผลไม้ (Beare and Myers, 1994: 864)

4. ยาลดไขมันในเส้นเลือด (antilipids) ออกฤทธิ์ในการลดระดับไขมันโคเลสเตอรอล และหรือ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ในรายที่มีไขมันในเลือดสูงมักใช้เมื่อวิธีอื่นไม่ได้ผล ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำ การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่ และการรักษาความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีผลข้างเคียงของยา คือ ท้องผูก คลื่นไส้ ท้องอืด และรบกวนการดูดซึมของวิตามินหรือยาบางชนิด ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่ cholestyramine (questran) colostipol (colostid) และ gemfibrozil (lopilid)

เมื่อใช้ในผู้สูงอายุควรต้องสังเกตอาการข้างเคียงดังกล่าวข้างต้น และให้คำแนะนำเพื่อลดอาการข้างเคียงดังกล่าว ได้แก่ การดื่มน้ำมาก ๆ และรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ต่าง ๆ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับอาการของโรค โดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์

5. ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants) ออกฤทธิ์ยับยั้งการจับตัวของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) โดยไปขัดขวางขั้นตอนของ prostaglandin pathway พบว่าอุบัติการณ์ของการเสียชีวิตและการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดลดลงเมื่อให้ยาในขนาดต่ำ ๆ ยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้ได้แก่ aspirin และ coumadin

ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ คือ อาจทำให้เลือดหยุดยาก และอาจเกิดเม็ดเลือดแดงแตกได้ (Forman and Wei, 1993 cited in Lueckenotte, 1996: 516) การใช้ในผู้สูงอายุควรต้องระมัดระวัง และให้ในขนาดต่ำ ๆ

การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Nonmedical Therapy)

1. การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งขนาดเล็ก (Percutaneous Transluminal Coronary Angiography = PTCA) ใช้ได้ผลดีถ้าพยาธิสภาพเป็นเพียงหนึ่งหรือสองจุด เป็น concentric plaque ยังไม่มี calcification และกล้ามเนื้อหัวใจยังบีบตัวดีอยู่ (Fleury, 1992: 225) วิธีทำอาศัยหลักการของการสวนหัวใจโดยร้อย guidewire ผ่านตำแหน่งที่ตีบเข้าไปก่อน จากนั้นจึงใส่บอลูนตาม guidewire เข้าไปค้างไว้ในตำแหน่งที่ตีบ จากนั้นจึงทำให้บอลูนขยายตัว ดันส่วนของไขมันที่อุดอยู่ให้แบนราบลงแล้วจึงเอาบอลูนออก เลือดก็จะไหลได้ดีขึ้นเพราะสิ่งกีดขวางมีขนาดเล็กลง แต่วิธีนี้อาจมีข้อแทรกซ้อน ทำให้เกิดการอุดตันกระทันหันที่ต้องรีบทำการผ่าตัดฉุกเฉินประมาณ 5% ข้อเสียที่ยังแก้ไขไม่ได้ของ PTCA คือ มี recurrent stenosis ได้ถึง 30% ในระยะเวลา 6 เดือน (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538: 4-5) แต่ในผู้สูงอายุพบว่าวิธีนี้เป็นวิธีที่ได้ผลดี ความสำเร็จของการรักษาด้วยวิธีนี้ระหว่างในผู้สูงอายุและวัยหนุ่มสาวไม่แตกต่างกัน คือ การตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีลดลงอย่างน้อย 20% ไม่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา ไม่ต้องผ่าตัดทำทางเบี่ยงให้เส้นเลือดหัวใจอย่างกระทันหัน และ 70% ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีการอุดตันของเส้นเลือดเพียงเส้นเดียวที่รักษาด้วยวิธีนี้ ไม่มีความแตกต่างกันในอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการตาย (Ritchie, 1993: 427)

2. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงให้เส้นเลือด (Coronary Artery Bypass Graft Surgery = CABG) โดยใช้เส้นเลือดดำที่ขา หรือ internal mammar artery มาต่อระหว่าง ascending aorta ร้ามจุดที่ตีบตันไปยังเส้นเลือดที่ยังดีอยู่ ทำให้เลือดสามารถร้ามจุดตีบไปเลี้ยงส่วนที่อยู่ปลายได้ การผ่าตัดจะมีอัตราเสี่ยงมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับกำลังการบีบตัวของหัวใจและโรคแทรกซ้อนอื่น การผ่าตัด CABG มักทำให้อาการเจ็บหน้าอกดีขึ้น แต่หลังจากเวลาผ่านไปแล้ว 5 ปี graft ที่ต่อไว้ก็อาจมีการตีบได้อีก (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538: 5) อย่างไรก็ตาม การทำผ่าตัดชนิดนี้ในผู้สูงอายุ พบว่ามีความเสี่ยงมากกว่าในวัยอื่น การพิจารณาว่าควรทำผ่าตัดหรือไม่ มักดูจากการสูงอายุทางสรีรวิทยาเป็นตัวแปรสำคัญ อัตราการมีชีวิตรอดใน 5 ปีมีถึง 90% ใน

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้ายดี และไม่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมด้วย อากาศจับหน้าอกในผู้สูงอายุหญิงลดลงไม่ดีเท่าในผู้สูงอายุชาย (O'Rourke et al, 1987 cited in Ritchie, 1993: 427) จากการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุในระยะพักฟื้นหลังได้รับการผ่าตัด CABG ของ Gortner และเพื่อน (1988 cited in Ritchie, 1993: 427) พบว่า สามารถทำกิจกรรมได้เพิ่มมากขึ้นและรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรงขึ้น เมื่อ 3-6 เดือนหลังผ่าตัด

3. การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (life-style modification) โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุได้เคยปฏิบัติมานานไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะทำได้ในระยะเวลาอันสั้น ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนและส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ที่ป้องกันและควบคุมความรุนแรงของโรค บทบาทของพยาบาลในระยะนี้ คือการให้ข้อมูลและคำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและญาติ ได้แก่

3.1 การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารซ้ำๆ มีลดน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง และควรมีเวลาพักผ่อนหลังรับประทานอาหาร 1/2-1 ชั่วโมงทุกมื้อ เพื่อไม่ให้หัวใจทำงานหนักมากเกินไป หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่ และหอยนางรม ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานไขมันอิ่มตัวต่อวัน 3 ฟอง รวมทั้งอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไขมันที่ได้จากสัตว์และมะพร้าวด้วย ควรใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหารแทน นอกจากการลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงแล้ว ในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาบางชนิด อาจทำให้ท้องผูกได้ จึงควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารมาก เช่น ผัก และผลไม้ต่างๆ เพราะจะทำให้อุจจาระอ่อนตัวลง และลดอาการท้องผูก นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีรสเค็มน้อยเพื่อจำกัดเกลือโซเดียม ซึ่งจะมีผลในการเพิ่มความดันโลหิตได้ อาหารที่มีรสหวานจัดหรือมีน้ำตาลมากก็ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะไปทำให้ร่างกายได้รับพลังงานมากเกินไปเกิดความจำเป็นและอ้วน มีผลต่อการสร้างโคเลสเตอรอลสูงขึ้น เครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ หรือมีแอลกอฮอล์ผสมก็ควรงดเช่นกัน

3.2 การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอถ้าไม่มีข้อห้าม เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจให้ดีขึ้น ชนิดของการออกกำลังกายควรเป็นการทำให้ออกกำลังกายได้เคลื่อนไหวและไม่ใช้กำลังมากเกินไป การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การเดิน และการรำมวยจีน เป็นต้น ไม่ควรออกกำลังกายหลังจากรับประทานอาหารมื้อหนักทันที ควรพักอย่างน้อย 2 ชั่วโมง แม้แต่การเดินก็ไม่ควรทำภายใน 1 ชั่วโมงหลังอาหาร (นิตยา ภานุพันธ์, 2529: 18) ถ้ามีอาการเหนื่อยหรือหายใจลำบากควรหยุดพัก และถ้ามีอาการจับหน้าอกให้อมยาใต้ลิ้นเพื่อลดอาการดังกล่าว ผู้สูงอายุจึงควรมียามใต้ลิ้นพกติดตัวไว้เสมอ

3.3 การพักผ่อน ผู้สูงอายุควรได้พักผ่อนโดยการนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้หัวใจได้พักและไม่ทำงานหนักเกินไปจนอาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น

3.4 การจัดการกับความเครียด ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการเกิดความเครียดได้ง่าย เนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยวิธีที่ทำให้ผ่อนคลายจะช่วยให้หัวใจไม่ต้องทำงานหนักมากขึ้น เนื่องจากความเครียดจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิกให้หลั่งอะดรีนาลีนออกมา ซึ่งมีผลทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น วิธีคลายเครียดมีหลายวิธี เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ การอ่านหนังสือ ธรรมะ การเข้าร่วมกิจกรรมสันตนาการ เป็นต้น

3.5 การสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุที่เคยสูบบุหรี่มาก่อนควรงดสูบบุหรี่ เนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคตินที่จะกระตุ้นให้หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น หัวใจต้องทำงานหนัก มีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Kamel (1987, 1006-1110) พบว่า การงดสูบบุหรี่ช่วยลดโอกาสในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 50 ในปีแรก และลดลงจนเท่ากับคนที่ไม่สูบบุหรี่ใน 2-10 ปี

3.6 การรับประทานยา ในวัยสูงอายุซึ่งมีความเสื่อมทางด้านร่างกาย สายตาไม่ดี ความจำลดลง การดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมและป้องกันความรุนแรงของโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้สูงอายุหรือญาติควรได้ทราบเกี่ยวกับชื่อยา ขนาดของยา วิธีการใช้ยา คุณสมบัติ ฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ได้รับ และการเก็บรักษาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ผู้สูงอายุควรรับประทานยาให้ถูกต้องตรงตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรหยุดยาหรือปรับเปลี่ยนขนาดของยาเอง และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยารชนิดอื่นที่แพทย์หรือพยาบาลไม่แนะนำ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ (อารีย์ พองเพชร, 2540: 49)

3.7 การรับประทานอาหาร ในผู้สูงอายุระบบการย่อยและดูดซึมอาหารลดลง และเมื่อเป็นโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งต้องรับประทานยาเป็นประจำ มีผลทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ การเบ่งถ่ายอุจจาระจะไปเพิ่มแรงดันในช่องท้อง และทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ มีผลให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ และหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊ส เพื่อป้องกันอาการท้องผูก หรือแน่นท้อง ท้องอืด

3.8 เพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยสูงอายุที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อนมีการเจ็บหน้าอก ควรดการมีเพศสัมพันธ์หลังจากออกจากโรงพยาบาลประมาณ 6-8 สัปดาห์ เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่อเดินขึ้นลงบันได 2 ชั้นได้อย่างเร็ว ก่อนมีเพศสัมพันธ์ควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอแล้ว ไม่อยู่ในภาวะจิตใจที่ตึงเครียด และไม่รู้สึกตื่นเต้นต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ รวมทั้งควรอมยาไนโตรกลีเซอรินก่อนจะมีเพศสัมพันธ์ด้วย (นิศยา ภานุพันธ์, 2529: 20)

ผลกระทบของโรคหัวใจขาดเลือดต่อพฤติกรรมกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ

โรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคลในหลายๆด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งเพศสัมพันธ์ อาการที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดคือ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกทรมาน ในระยะที่อาการของโรคหัวใจกำเริบผู้สูงอายุต้องหยุดการมีเพศสัมพันธ์ไปก่อน เมื่อได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพดีแล้วจึงสามารถกลับมามีเพศสัมพันธ์ได้ ปัญหาที่พบบ่อยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด คือ การหยุดมีเพศสัมพันธ์ไปเลยโดยไม่กลับมามีเพศสัมพันธ์อีกถึงแม้ร่างกายจะแข็งแรงขึ้นแล้วก็ตาม ทั้งนี้มาจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่

สาเหตุทางด้านร่างกาย

1. การแข็งตัวขององคชาติไม่เต็มที่ หรือไม่สามารถสอดใส่ในช่องคลอดจนระร่วมเพศได้ เนื่องจาก หลอดเลือดบริเวณองคชาติตีบแคบลงทำให้การไหลเวียนของเลือดมาเลี้ยงบริเวณนั้นลดลงในการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศหรือเมื่อมีอาการเพศ และผลข้างเคียงของยาบางชนิดที่ใช้ในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด เช่น propanolol ทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้

2. มีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ Papadopoulos และคณะ (1980: 39) พบว่า ในรายที่กลับมามีเพศสัมพันธ์อีกหลังจากเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมีอาการอ่อนเพลีย หายใจสั้นๆร้อยละ 22 และเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 16 การกลับมามีเพศสัมพันธ์แล้วเกิดอาการเจ็บหน้าอกดังกล่าว อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุกลัวเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์และไม่มีเพศสัมพันธ์อีกเลยได้

สาเหตุทางด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดไม่มีความมั่นใจในความแข็งแรงของสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวซึ่งมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากความเชื่อว่าการเริ่มต้นในการมีเพศสัมพันธ์นั้นเป็นหน้าที่ของฝ่ายชายมากกว่า ทำให้ผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือดไม่มั่นใจในสมรรถภาพทางเพศของตน กลัวการล้มเหลว รู้สึกสูญเสียความเป็นชาย และในผู้ที่เคยกลับมามีเพศสัมพันธ์แล้วเกิดอาการกำเริบจะกลัวเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ ศิริอร สินธุ (2526: 88) พบว่า ระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

จากสาเหตุข้างต้นที่มีผลกระทบต่อการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อพิจารณาแล้ว จะเห็นว่าสาเหตุที่แท้จริงน่าจะมาจากการขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งในการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดส่วนมากจะให้คำแนะนำในด้านต่างๆ ยกเว้นด้านเพศสัมพันธ์ เนื่องจากคิดว่าผู้สูงอายุคงไม่มีความต้องการทางเพศแล้ว และตามความเชื่อหรือค่านิยมในสังคมไทยที่ยังไม่เปิดเผยเรื่องเพศ ทำให้ผู้สูงอายุเองหรือแพทย์และพยาบาลอายุที่จะพูดคุยซักถามหรือให้คำแนะนำในเรื่องเพศ ทั้งๆที่การใช้เพศสัมพันธ์ก็ถือเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งเช่นเดียวกับกิจกรรมอื่นๆในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุยังต้องการคงความสามารถไว้เช่นกัน

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

โรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของหลอดเลือดหัวใจในวัยสูงอายุเองไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ นอกจากนี้ยังเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงอีกหลายประการซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงได้ บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพให้ผู้สูงอายุดำรงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล และให้การพยาบาลโดยครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (อารีย์ พงษ์เพชร, 2540: 28-31)

การให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุเมื่อเป็นโรคหัวใจขาดเลือดถือเป็นบทบาทที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล เนื่องจากการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตบางอย่าง จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น การให้คำแนะนำควรให้ทั้งผู้สูงอายุและญาติ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจำระยะสั้นไม่ดีอาจจดจำได้ไม่หมด นอกจากนี้ การแจกเอกสารคำแนะนำอาจเป็นประโยชน์ในการกลับไปทบทวนที่บ้าน

การให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

1. การรับประทานอาหาร ควรลดอาหารประเภทไขมันหรือมีโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่หวานจัด ชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
2. การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ เวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ หลังตื่นนอนก่อนอาหาร 30 นาที หลังรับประทานอาหารไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง

ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งวันละ 15-45 นาที หรือติดต่อกันไม่เกิน 30 นาที (ปริศนา วรรณัท, 2540: 21) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด คือ การเดิน การรำมวยจีน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงอยู่กับที่และการเกร็งกล้ามเนื้อ ถ้ามีอาการเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกควรหยุดพักและอมยาขยายหลอดเลือดได้ลิ้น



3. งดสูบบุหรี่
4. หลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด
5. พักผ่อนให้เพียงพอโดยนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง
6. การรับถ่าย ระวังท้องผูก ดื่มน้ำมากๆถ้าไม่มีข้อจำกัด และรับประทาน

อาหารที่มีกาก เช่น ผัก และผลไม้

7. รับประทานยาสม่ำเสมอ บอกชื่อยา และผลข้างเคียงของยาให้ผู้ป่วยและญาติทราบ
8. ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แต่ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกโดยที่พักและอมยาขยายหลอดเลือดได้ลิ้นแล้วไม่ทุเลาให้รีบไปพบแพทย์ทันที
9. การมีเพศสัมพันธ์ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้หลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้วประมาณ 6-8 สัปดาห์ เมื่อสมรรถภาพของหัวใจดีขึ้นภายใต้การดูแลของแพทย์

การให้คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุเพศชายด้านเพศสัมพันธ์

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุเพศชายมีดังนี้ (Papadopoulos, 1980; Bumside, 1988; Relf, 1991)

1. เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่อสามารถเดินขึ้นบันได 2 ชั้นได้อย่างรวดเร็ว หรือประมาณ 6-8 สัปดาห์หลังจากมีอาการของโรคหัวใจขาดเลือด
2. ระยะเวลาที่เหมาะสมในการมีเพศสัมพันธ์ คือ หลังจากพักผ่อนเต็มที่แล้วหรือตื่นนอนตอนเช้า ควรหลีกเลี่ยงเวลาหลังอาหารมื้อหนักทันที
3. งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ก่อนมีเพศสัมพันธ์
4. ท่าที่เหมาะสมในการมีเพศสัมพันธ์ คือ ท่าที่สบายและคุ้นเคย ไม่โอดโอย หรือไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้อมาก
5. บรรยากาศในการมีเพศสัมพันธ์ ควรเป็นบรรยากาศที่คุ้นเคย อุณหภูมิเหมาะสม ไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ เช่น คุนอนแปลกหน้าหรือสถานที่ใหม่ๆ

6. ไม่มีเพศสัมพันธ์ในขณะที่มีอาการมดถึงเครียด
7. ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกระยะมีเพศสัมพันธ์ให้หยุด และอมยาขยายหลอดเลือดได้ดั้น หลังจากนั้นพักผ่อน เมื่อดีขึ้นแล้วสามารถมีเพศสัมพันธ์อีกได้โดยอาจป้องกันการเกิดอาการเจ็บหน้าอกระยะมีเพศสัมพันธ์ด้วยการอมยาขยายหลอดเลือดได้ดั้นก่อนมีเพศสัมพันธ์
8. การใช้เวลาในการดำโลมก่อนการร่วมเพศนาน ทำให้การทำงานของหัวใจเพิ่มขึ้นช้าๆ และป้องกันอาการของหัวใจกำเริบระยะมีเพศสัมพันธ์ได้
9. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองอาจเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่ไม่มั่นใจในสมรรถภาพทางเพศของตนเอง
10. ถ้ามีอาการนอนไม่หลับหรืออ่อนเพลียมาก 1-2 วัน หลังจากมีเพศสัมพันธ์ ควรปรึกษาแพทย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศิริพร สินธุ (2526) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช สถานภาพสมรสคู่ เพศชาย อายุไม่เกิน 60 ปี จำนวน 100 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจโดยบังเอิญ (accidental sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในเรื่องเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจ และแบบสัมภาษณ์การประเมินการปฏิบัติทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจ ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ระดับความวิตกกังวล ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ และปัญหาเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ความรุนแรงของโรคและระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยทางด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ระดับความวิตกกังวล และความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมกันทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ตัวทำนายที่ดีที่สุดที่ใช้ในการทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ระดับความวิตกกังวล ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ และระดับความรุนแรงของโรค สามารถร่วมกันทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 68.54

Kinsey และคณะ (1948) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของเพศชายจำนวน 12,000 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความเป็นอยู่ทางสังคม เขตที่อยู่อาศัยและศาสนา และพฤติกรรมที่เป็น การระบายทางเพศของเพศชายที่พบมากในการศึกษาครั้งนี้มี 6 ลักษณะ ได้แก่ การสำเร็จความ ใคร่ด้วยตนเอง การฝันเปียก การแสดงความรักโดย การกอด รุม และจูบคลำ เพื่อให้ถึงจุดสุดยอด ทางเพศ การร่วมเพศกับเพศตรงข้าม การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน และการมีเพศสัมพันธ์ กับสัตว์

Hellerstein and Friedman (1970) ศึกษาผลของโรคหัวใจต่อการตอบสนองทาง สรีรวิทยาในการมีเพศสัมพันธ์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาที่แต่งงาน ตำแหน่งทางสังคม ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางกายภาพ ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย 91 คน ที่เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่ได้รับ วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 48 ราย และผู้ที่มีแนวโน้มในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ง่าย 43 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศทั้งในอดีต และปัจจุบัน โปรแกรมประเมินความพร้อมของร่างกาย เทปบันทึกการทำงานของหัวใจ 24-48 ชั่วโมง ขณะทำกิจกรรมตามปกติที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า กิจกรรมทางเพศลดลงโดยสัมพันธ์ กับอายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในรายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมด้วย รายได้มีความสัมพันธ์ทาง บวกกับกิจกรรมทางเพศหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ระยะเวลาในการกลับมา มีเพศสัมพันธ์อีกหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับ ความถี่ในการมีกิจกรรมทางเพศ 6 เดือนหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ.01 ผลการบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะมีเพศสัมพันธ์ พบว่า อัตราเฉลี่ยของการเต้น ของหัวใจในระยะ 2 นาทีและ 1 นาที ก่อนถึงจุดสุดยอดและระยะจุดสุดยอดเท่ากับ 87.0 101.2 และ 117.4 ครั้ง/นาที ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบอัตราการเต้นของชีพจรสูงสุดขณะมีเพศสัมพันธ์ และขณะทำงานพบว่าไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าการใช้ออกซิเจนในขณะมีเพศสัมพันธ์ น้อยกว่าการก้าวขึ้นลงบันได 2 ชั้นเมื่อเปรียบเทียบกับตารางมาตรฐาน (master 2-step test)

Johnston และคณะ (1978) ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมทางเพศในกลุ่มผู้ป่วยที่มี ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและหลังได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ ที่เข้าร่วมในโปรแกรมการออก กำลังกายในแผนกผู้ป่วยนอก โดยส่งแบบสอบถามกิจกรรมทางเพศชนิดปลายเปิดทางไปรษณีย์ จำนวน 130 ฉบับ ไปยังผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวนร้อยละ 67 (87 ใน 130) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 68 ราย

และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจจำนวน 19 ราย อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 54.4 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจเท่ากับ 51.6 ปี ผลการศึกษา พบว่า ความถี่ในการร่วมเพศก่อนและหลังเป็นโรคหัวใจลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ในกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ ความถี่ในการร่วมเพศก่อนและหลังเป็นโรคหัวใจไม่มีความแตกต่างกัน ระยะเวลาในการกลับมา มีกิจกรรมเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติของกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยในกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถกลับมา มีเพศสัมพันธ์ได้หลังจากนั้นโดยเฉลี่ย 9.4 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ สามารถกลับมา มีเพศสัมพันธ์ได้หลังจากผ่าตัดโดยเฉลี่ย 5.7 สัปดาห์ ร้อยละ 22 ของกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (15 ใน 68) และร้อยละ 21 ของกลุ่มที่ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ (4 ใน 19) รายงานว่า มีอาการเจ็บหน้าอกขณะร่วมเพศ โดยในกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะร่วมเพศ 7 ใน 15 ราย บอกว่าต้องอมยาไนโตรกลีเซอรินได้ลึกลงก่อนหรือหลังร่วมเพศ ส่วนในกลุ่มผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ พบ 3 ใน 4 ราย

Papadopoulos และคณะ (1980) ศึกษาความต้องการและความกังวลของภรรยา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 100 คน โดยการสัมภาษณ์ที่บ้านหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจำนวน 9 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีเพศสัมพันธ์กับสามีตามปกติก่อนสามีจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ สามีของกลุ่มตัวอย่างที่เลือก ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจตั้งแต่ 6 เดือน-3 ปี ในรายที่เป็นโรคหัวใจมานานและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหลายครั้ง จะสัมภาษณ์โดยให้ช่วงเวลาหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก มี 38 คนที่ตอบตัวก่อนเสร็จสิ้นงานวิจัย การเก็บข้อมูลใช้เวลา 5 เดือน ผลการศึกษา พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50 ปี อายุเฉลี่ยของสามีเท่ากับ 54 ปี ในจำนวน 100 คู่ มี 76 คู่ ที่กลับไปมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ ในจำนวนนี้มีเพียง 22 คู่ ที่พบว่าความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์คงเดิม 5 คู่ ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น และอีก 49 คู่ ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ส่วนที่เหลืออีก 24 คู่ ที่ไม่กลับไปมีเพศสัมพันธ์อีก พบว่ามี 10 คู่ ที่ไม่พยายามจะมีเพศสัมพันธ์ และอีก 14 คู่ พยายามจะกลับไปมีเพศสัมพันธ์อีกแต่ไม่สำเร็จ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมา มีเพศสัมพันธ์อีก ได้แก่ อายุของผู้สมรส ปีที่แต่งงาน แรงรับทางเพศที่มีก่อนเป็นโรค (ความต้องการทางเพศ) การพูดคุยของคู่สมรส และความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ หลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความถี่ในการกลับไปมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการได้รับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.002 โดยในรายที่กลับไปมีเพศสัมพันธ์อีก ร้อยละ 29 (22/76) รายงานว่า ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์กันสามีแสดงอาการดังนี้ คือ

อ่อนเพศและหายใจสั้นๆ ร้อยละ 22 (17/76) เจ็บหน้าอก ร้อยละ 16 (12/76) และเหงื่อออกมาก ร้อยละ 12 (9/76) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน รายงานว่า ต้องการได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคหัวใจจากแพทย์ที่ทำการรักษาสามี 9 คน ต้องการได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคหัวใจจากพยาบาล 43 คน ต้องการได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคหัวใจทั้งจากแพทย์และพยาบาล และ 92 คน ต้องการได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์พร้อมกันกับสามี

Weizman and Hart (1987) ศึกษาพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุชาย สถานภาพสมรสคู่ที่มีสุขภาพดี จำนวน 81 ราย อายุระหว่าง 60-71 ปี (แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 34 ราย มีอายุระหว่าง 60-65 ปี และอีก 47 ราย มีอายุระหว่าง 66-71 ปี) โดยใช้แบบรายงานตนเองในการประเมินการทำหน้าที่เกี่ยวกับเพศ (Modified Male Sexual Function Rating Scale = MSFRS) ของ Weizman, et al (1983 a) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีข้อความเกี่ยวกับ ความต้องการทางเพศ (Libido or Sexual desire) การแข็งตัวขององคราตขณะร่วมเพศ (potency) ความถี่ในการแข็งตัวได้เองขององคราต (spontaneous erection) การตอบสนองต่อการเส้าโคมของคู่สมรส ความถี่ในการร่วมเพศ ความถี่ในการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง และความพึงพอใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 36 มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ วัดได้โดยไม่มีการแข็งตัวขององคราตขณะมีกิจกรรมทางเพศ ในกลุ่มอายุ 60-65 ปี ร้อยละ 35 รู้สึกทนทุกข์กับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 36 ของกลุ่มอายุ 66-71 ปีบอกว่า เป็นสิ่งรบกวนในชีวิต โดยในผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ร้อยละ 65 ขององคราตไม่สามารถแข็งตัวได้เองทั้งในช่วงเวลากลางวันหรือกลางคืน ร้อยละ 26 ทนทุกข์กับการไม่สามารถตอบสนองต่อการเส้าโคมทางเพศของคู่สมรสได้ ร้อยละ 32 ขาดความพึงพอใจในสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรส และ ร้อยละ 14 รายงานว่าไม่มีความต้องการหรือความสนใจทางเพศ ประมาณร้อยละ 41 ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา รายงานว่าใช้มือช่วยในการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (masturbation) ในกลุ่มอายุ 66-71 ปี ใช้วิธีสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองร้อยละ 51 ขณะที่กลุ่มอายุ 60-65 ปี ใช้วิธีการสร้างภาพหรือจินตนาการทางเพศ ร้อยละ 54 ของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มที่ยังคงความสามารถทางเพศอยู่ รายงานว่า ยังคงร่วมเพศกับภรรยาอย่างสม่ำเสมอ มากกว่า 4 ครั้ง/เดือน ขณะที่อีก ร้อยละ 17 รายงานว่า ร่วมเพศเพียงเดือนละ 1 ครั้งหรือน้อยกว่า ความถี่ในการร่วมเพศของผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 60-65 ปี สูงกว่าในกลุ่มอายุ 66-71 ปี และความถี่ในการใช้วิธีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองในกลุ่มที่อายุ 66-71 ปี สูงกว่าในกลุ่มที่มีอายุ 60-65 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความสนใจเกี่ยวกับเพศยังคงมีอยู่ในวัยสูงอายุ ถึงแม้ว่ารูปแบบของพฤติกรรมทางเพศจะเปลี่ยนไปจากการร่วมเพศเป็นการจินตนาการหรือการสร้างความสุขโดยการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง

Bretschneider and McCoy (1988) ศึกษาเรื่องความสนใจทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีอายุระหว่าง 80-102 ปี กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศชายและเพศหญิง (เพศชาย 100 คน และเพศหญิง 102 คน) อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ 10 แห่ง ที่จัดไว้ให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหลังเกษียณในทางเหนือของรัฐแคลิฟอร์เนีย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ที่มีข้อความทั้งหมด 117 ข้อ แบ่งเป็น 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความสนใจทางเพศและพฤติกรรมทางเพศ รวมทั้งข้อความเกี่ยวกับการจินตนาการเรื่องความใกล้ชิด ความรัก และความผูกพันกับเพศตรงข้าม ปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ การให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องเพศในอดีตและในปัจจุบัน ความดีและความสุขที่ได้จากการสัมผัส เล้าโลม โดยไม่มีการร่วมเพศทั้งในอดีตและปัจจุบัน การร่วมเพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ข้อคำถามส่วนใหญ่ในชุดที่ 2 ให้ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ ผลการศึกษา พบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 86.1 ปี ความสุขที่ได้รับจากการร่วมเพศในอดีตมีความสัมพันธ์กับความสุขที่ได้รับจากการร่วมเพศในปัจจุบัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ความดีและความสุขที่ได้จากการสัมผัสและเล้าโลมโดยไม่มีการร่วมเพศและการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองในอดีต มีความสัมพันธ์กับความดีและความสุขที่ได้จากการเล้าโลมโดยไม่มีการร่วมเพศและการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองในปัจจุบัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการร่วมเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

Diokno and others (1990) ศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นและสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,956 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่แต่งงานและอยู่กับคู่สมรมมีความกระตือรือร้นทางเพศ (sexually active) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้แต่งงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.0001 กิจกรรมทางเพศในผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.0001 และระดับ.002 ตามลำดับ การรายงานตนเองเกี่ยวกับการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้สูงอายุชายที่แต่งงานแล้วเพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.002 ในจำนวน 92 รายของผู้สูงอายุชายที่รายงานว่ามีการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ 88 ราย รายงานระดับความมากน้อยของการหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้ คือ 35 ราย องครขาดไม่สามารถแข็งตัวได้เลย 23 ราย มีการแข็งตัวขององครขาดร้อยละ 1-50 19 ราย มีการแข็งตัวขององครขาดร้อยละ 51-75 และ 11 ราย มีการแข็งตัวขององครขาดร้อยละ 75 ขึ้นไป แต่ไม่สามารถคงสภาพไว้ได้ขณะมีเพศสัมพันธ์ ผู้สูงอายุเพศชาย 29 รายที่เคยมีอาการกำเริบของหัวใจมาก่อน ร้อยละ 59 มีปัญหาเรื่อง

การแข็งตัวขององคราต เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการกำเริบของโรคหัวใจมาก่อน (Fisher' Extract Test, $P = .023$; Mantel-Haenzel, $P = .06$) ร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุเพศชายที่แต่งงานแล้วและไม่มีความจำกัดเรื่องการเคลื่อนไหว (241 ราย) รายงานว่า ยังรู้สึกกระตือรือร้นทางเพศอยู่ ขณะที่ 1 ใน 6 ของผู้ที่มีปัญหา ยังมีความรู้สึกดังกล่าวเช่นกัน

Johnson (1996) ศึกษาเรื่องผู้สูงอายุและเพศสัมพันธ์ในมุมมองหลาย ๆ ด้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 151 ราย (เพศชาย 69 ราย และเพศหญิง 92 ราย) ตัวแปรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ตัวแปรด้านประชากร สุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผูกพันใกล้ชิด ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ และกิจกรรมทางเพศ (ความสนใจ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม จำนวน 77 ข้อ ผลการศึกษา พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 66 ปี ร้อยละ 74 ของเพศชายและร้อยละ 50 ของเพศหญิงแต่งงานแล้ว ร้อยละ 54 ของเพศชายและร้อยละ 52 ของเพศหญิงมีความสนใจทางเพศลดลง ร้อยละ 68 ของทั้งเพศชายและเพศหญิงมีเพศสัมพันธ์ลดลง และ 1 ใน 3 ของทั้งเพศชายและเพศหญิงบอกว่าความพึงพอใจทางเพศลดลง นอกจากนี้ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความสนใจเรื่องเพศ และการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีเพศสัมพันธ์และความพึงพอใจทางเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยข้างต้น สรุปได้ว่า การดำเนินชีวิตด้านเพศสัมพันธ์เป็นความต้องการพื้นฐานอย่างหนึ่ง ซึ่งความต้องการด้านเพศนี้มีอยู่ตั้งแต่เกิดไปจนตลอดชีวิต พฤติกรรมทางเพศไม่ได้หมายความว่าความถึงการร่วมเพศเท่านั้น จากการศึกษาของ Kinsey และคณะ (1948) และแนวคิดของ Maslow (cited in Ebersole and Hess, 1990: 440) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงแบ่งพฤติกรรมทางเพศออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ และพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ ปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ คือ ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และอาการเจ็บหน้าอกเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ทำให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชาย ในรายที่มีความรุนแรงของโรคมากมีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยย่อมเกิดผลกระทบมากกว่า ผู้วิจัยจึงเลือกเกณฑ์ในการประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดของสมาคมโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1997: 234) ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของโรค โดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บหน้าอก นอกจากความรุนแรงของโรคแล้ว ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาเจ็บป่วย และ

ความรู้เรื่องเพศ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุโรคหัวใจ
ขาดเลือดเช่นกัน จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

