

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ จำแนกเป็นสาระสำคัญ ดังนี้

1. การสูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ
3. บทบาทของพยาบาลกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
4. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
5. ปัจจัยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต
 - 5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 5.2 การสนับสนุนจากครอบครัว
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การสูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

Birren and Renner (1977: 4-5 อ้างถึงในพิชญภรณ์ มูลศิลป์ และคณะ, 2536: 11) กล่าวว่า ความสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมดาในสิ่งมีชีวิตที่มีวุฒิภาวะแล้ว ภายใต้อสภาพแวดล้อม และจะเปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุ

สุรกุล เจนอบรม (2534: 2) ให้ความหมายว่าความสูงอายุ หมายถึง กระบวนการสุดท้ายของช่วงชีวิตมนุษย์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ความสูงอายุ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเสื่อม หรือความล้มเหลวของเซลล์ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ

การที่จะกำหนดว่าวัยใดจึงจะเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น ขึ้นอยู่กับแต่ละสังคมและแต่ละประเทศ สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National institution on aging) ได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (young old) คือผู้ที่มีอายุ 60 ถึง 74 ปี และผู้สูงอายุวัยท้าย (old old) คือผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (Yurik, and others, 1980: 31) สำหรับในประเทศไทย บรรลุ ศิริพานิช (2526) ได้เสนอว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปีปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้ สุรกุล เจนอบรม (2534: 4-5) ได้สรุปเกณฑ์ในการพิจารณา ความสูงอายุไว้ 4 ลักษณะ คือ

1) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) ความสูงอายุนี้เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์ โดยดูจากปีที่เกิด ดังนั้น บุคคลที่มีอายุ 75 ปี ย่อมจะต้องมีความสูงอายุมากกว่าคนที่มีอายุ 45 ปี โดยไม่เอาเรื่องสุขภาพ ความสามารถ มาเกี่ยวข้อง

2) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological aging) ความเป็นผู้สูงอายุลักษณะนี้ ดูจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอย ผมเริ่มขาว ผิวหน้าเหี่ยวย่น ตกรัศ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น

3) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) เช่น ระบบความจำเสื่อม การเรียนรู้เริ่มลดลง

4) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม (Sociological aging) รวมถึงด้านครอบครัว เพื่อนฝูง ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานอื่นๆ ด้วย

สรุปได้ว่า การกำหนดความสูงอายุส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ด้านอายุเป็นตัวกำหนด โดยถือว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่อยู่ในวัยอันเป็นช่วงสุดท้ายของอายุ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ด้านอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการกำหนด ความสูงอายุ

1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ

ปรากฏการณ์ของความสูงอายุ มีความหมายกว้างขวางมาก มีนักศึกษานหลายสาขาได้ประมวลคำจำกัดความของผู้สูงอายุเชิงกระบวนการเปลี่ยนแปลงไว้ต่างๆ กัน เช่น นักชีววิทยา อธิบายกระบวนการสูงอายุ โดยอธิบายจากการเปลี่ยนแปลงในระดับโมเลกุลและ

เซลล์ นักจิตวิทยาพัฒนาการ อธิบายว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ระดับวุฒิภาวะ ส่วนนักสังคมวิทยา อธิบายว่า เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ตามบทบาทนั้นๆ ดังนั้น การอธิบายทฤษฎีการสูงอายุจึงต้องอาศัยหลายๆ ทฤษฎีประกอบกัน (ประนอม โอทกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537: 10-18; Ebersole and Hess, 1994: 24 - 45) ซึ่งสรุปประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้

ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory) ได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีววิทยา สรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่างๆ ประกอบด้วย

1) **ทฤษฎีทางพันธุกรรม (Gene theory)** กลุ่มทฤษฎีนี้ประกอบด้วยทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological clock) ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic mutation theory) ทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Error theory) อธิบายว่า ความสูงอายุเป็นการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิตที่ถูกกำหนดไว้แล้วโดยมีรหัสยีนในยีนส์กำหนดให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกาย หรือบางระบบแก่ลงเมื่อถึงกาลเวลา หรือเกิดจากการสะสมของเซลล์ผ่าเหล่าในระดับโมเลกุล เป็นผลให้เกิดการสังเคราะห์ชีวโปรตีนที่ผิดปกติจนกระทั่งมีผลต่อการทำงานของเซลล์และประสิทธิภาพของอวัยวะ เกิดจากการถ่ายทอดข้อมูลที่ผิดปกติจากนิวเคลียสของเซลล์ ทำให้มีการจำลองโปรตีนหรือเอ็นไซม์ที่ผิดไปจากลักษณะเดิม และไม่สามารถทำหน้าที่ได้เหมือนเดิม เป็นเหตุให้เซลล์มีอายุและตายในที่สุด

2) **ทฤษฎีอวัยวะ (Organ theory)** ประกอบด้วย ทฤษฎีการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear theory) ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine theory) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) อธิบายว่า ความสูงอายุเกิดจากโครงสร้างและการทำงานของร่างกายที่มีการเสื่อมสภาพลง หรือเกิดจากการทำงานลดลงของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ และความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน

3) **ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological theory)** ประกอบด้วย ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation theory) ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross Linkage theory) ทฤษฎีการสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation theory) และ ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical theory) อธิบายว่า ความเครียดมีผลรบกวนการทำงานของเซลล์ ภาวะที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ ทำให้แก่เร็ว นอกจากนี้ความสูงอายุยังเกิดจาก มีการเชื่อมโยงของคอลลาเจนมากขึ้น หรือเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายของเซลล์ คือ ไลโปฟัสซิน ทำให้ความสามารถในการทำงานของเซลล์ลดลง และเกิดจากอนุมูลอิสระซึ่งเป็นส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ซึ่งมีความไวต่อการทำปฏิกิริยาเคมี ทำให้เกิดความผิดปกติของยีนและทำลายสภาพของเซลล์เนื้อเยื่อ ตลอดจนอวัยวะต่างๆ

ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theory) ประกอบด้วย ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence theory) อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคลิกภาพของผู้สูงอายุเป็นการพัฒนา และปรับตัวเกี่ยวกับการรับรู้ สติปัญญา ความจำ แรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย

ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory) ประกอบด้วย ทฤษฎีไร้ภาวะผูกพัน (Disengagement theory) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) และทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนไป กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะถดถอยออกจากสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุต้องละทิ้งบทบาทเดิม แต่ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมและจิตวิทยาเหมือนในวัยกลางคน และการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบ้านปลายของชีวิตขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และรูปแบบของการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา

1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

จากทฤษฎีการสูงอายุที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น ทำให้การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ มีลักษณะเฉพาะ และแตกต่างจากวัยอื่น คือ การเปลี่ยนแปลงจะเป็นในลักษณะเสื่อมถอยลง ซึ่งสามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ออกเป็น 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ดังนี้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายจะมีจำนวนลดลง ส่วนปริมาณน้ำภายในเซลล์ยังคงเท่าเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบของร่างกาย คือ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536: 62-83)

- 1) ผิวหนังจะแห้งและเหี่ยวย่น เนื่องจากการขาดไขมันใต้ผิวหนังช่วยหล่อเลี้ยง และความยืดหยุ่นลดลงจึงมีโอกาสเกิดแผลได้ง่าย
- 2) เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง เป็นเหตุให้ความไว และความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง
- 3) การมองเห็นลดลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ ทำให้สายตายาวขึ้น มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด ปฏิกิริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในที่มืดไม่ดี ผู้สูงอายุมีความสามารถในการมองเห็นลดลง ทำให้การอ่านหนังสือ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตนเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้น้อยลง นอกจากนี้เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัว หลอดเลือดที่ไป

เลี้ยงดูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อยลง การสูญเสียการได้ยิน ทำให้เกิดความบกพร่องในการสื่อสาร และทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม (พัชรี ต้นศิริ, 2536: 226) และการรับรสของลิ้นเสียไปประมาณ ร้อยละ 10-30 (Ebersole and Hess 1994: 75) จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารจัดขึ้น หรือรับประทานอาหารไม่อร่อยเกิดภาวะเบื่ออาหาร

4) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กระดูกจะเปราะและหักง่าย น้ำในไขข้อลดลง เป็นผลทำให้กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อเกิดการเสียดสีกัน ดังนั้น การออกกำลังกายในผู้สูงอายุควรเพิ่มความระมัดระวัง และปรับให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

5) ระบบไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเยื่อพังผืดไขมัน และสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) มาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ลิ้นหัวใจหนาแข็ง มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะเอมโบลี (emboli) หรือ thrombus) ได้บ่อย นอกจากนี้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจจะลดลง กำลังการหดตัวลดลง เนื่องจากการหลังแคลเซียมจากเอนโดพลาสมิกเรติคูลัม ซึ่งจำเป็นในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ มีปุ่มเอส-เอ, เอ-วี บันเดิลอพทิมมากขึ้น ทำให้การรับการกระตุ้นจาก catecholamine ลดลง ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง อีลาสตินในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary arteries) จะลดลง 1 ใน 3 เป็นผลมาจากการเสื่อมของ elastin laminae ทำให้ชั้น media บางลง แข็งและเปราะ มีการสะสมของแคลเซียมและไขมันในชั้น media ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ กับความต้องการ จึงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

6) ระบบทางเดินหายใจ เยื่อบุทางเดินหายใจส่วนบนถูกทำลายจากสารแปลกปลอมต่างๆ ทำให้ความสามารถในการขจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าไปในทางเดินหายใจได้น้อยลงเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นผู้สูงอายุควรอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี

7) ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุแตกหักง่าย หลอดอาหารขยายตัวและบีบรัดตัวไม่ดี ทำให้กลืนลำบาก กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัว ทำงานช้าลง อาหารในกระเพาะย่อยกลับขึ้นมาในหลอดอาหาร การผลิตน้ำย่อยและเอ็นไซม์ต่างๆ ในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้การย่อยดูดซึมมีประสิทธิภาพลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหารนี้ ผู้สูงอายุควรจะต้องรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย และมีคุณค่าทางอาหารสูง เพื่อป้องกันภาวะทางโภชนาการ

8) ระบบต่อมไร้ท่อ การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ตับอ่อนจะหลั่งอินซูลินน้อย ทำให้การนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์ได้น้อยส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และเป็นปัจจัยเสริมต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

ร่างกายและจิตใจของบุคคลเกี่ยวข้องกับผูกพันซึ่งกันและกัน เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่มากขึ้น จิตใจก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย (พัชรี ตันศิริ, 2536: 85) ผู้สูงอายุจะเรียนรู้การทำงานได้ยากขึ้น ความจำระยะสั้นจะลดลง การจำข้อมูลใหม่ ๆ (intermediate information) พร่องไป ทำให้เกิดอุปสรรคในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ นอกจากนี้ความคิดสร้างสรรค์ความสามารถในการคิดเชิงนามธรรมน้อยลง ค่อนข้างยึดติดกับความคิดเดิม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องการความรัก ความเอาใจใส่ ความสนใจจากบุคคลใกล้ชิด

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

นอกจากความเสื่อมของร่างกายและความเครียดทางจิตใจเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมก็เป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว (เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ความคับข้องใจทางสังคม การลดความสัมพันธ์กับชุมชน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้การรับรู้ของชนรุ่นใหม่น้อยลงได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องกลับกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในภารกิจต่างๆ ที่เคยปฏิบัติทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก มีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะมีผลกระทบต่อจิตใจและสังคมด้วย และจากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ หลายโรค ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่พบมากและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในทางเสื่อมที่แตกต่างจากวัยอื่น ดังนั้นการให้การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จึงควรพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ในผู้สูงอายุด้วย

2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

2.1 ความหมาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่มีชื่อเรียกอื่นๆ อีก เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Heart Disease, CHD) และโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease, ASHD) หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดจากการขาดความสมดุลระหว่างเลือดที่ขึ้นไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (supply) กับความต้องการเลือดไปเลี้ยงหัวใจ (demand) โดยที่ demand จะมากกว่า supply เสมอ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน จึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น (พรวณีย์ เสถียรโชค, และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 429; Lueckenotte, 1996: 511) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) เนื่องจากการสะสมของไขมันพวกโคเลสเตอรอล เป็นก้อนนูนภายในหลอดเลือด ต่อมาเกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดขึ้น นอกจากนี้อาจพบร่วมกับภาวะอื่น เช่น โรคของลิ้นหัวใจเอออร์ติก (aortic valvular disease) โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ (cardiomyopathy) ก้อนเลือดอุดตัน (thromboembolism) และเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด เช่น หลอดเลือดโคโรนารีมีรูเปิดมาจากหลอดเลือดแดงพัลโมนารี (pulmonary artery) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะที่เกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งอาจพบได้ในหลอดเลือดที่ปกติหรือในหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพ (atherosclerotic changes) จนเลือดไหลเวียนลดลงมาก บางรายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเป็นแผลและกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด (myocardial infarction)

2.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีสาเหตุร้อยละ 80 - 90 มาจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว ผนังด้านในของหลอดเลือด (intima layer) เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงก่อนผนังชั้นกลาง (medial layer) ในระยะแรกจะเกิดรอยไขมัน (fatty streak) ที่ผนัง ต่อมาจะกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนาๆ (fibrous plaques) จนผนังหนาตัวขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ มีเลือดออก และมีหินปูนจับเกาะได้ (calcification) จากการศึกษาการระบาดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุพบปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลทำให้โรคนี้พบได้บ่อยขึ้นและมีความรุนแรงขึ้น ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Lueckenotte, 1996: 498)

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1) กรรมพันธุ์ ผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวซึ่งอาจจะเป็นพ่อ แม่ พี่น้อง ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะมีโอกาสเป็นโรคนี้สูง (Simon, and others, 1991: 589)

2) อายุ ความมีอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และการทำงานของหัวใจ (Morgan, 1994: 249) เมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวมากขึ้นกว่าคนที่มีอายุน้อย (สมชาติ โฉบายะ และ วิชัย ตันไพจิตร, 2533: 494) ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล่าวคือ ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น และมีการเชื่อมตามขวางของเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น นอกจากนี้เส้นใยอีลาสตินยังมีแคลเซียมมาเกาะ (elastocalcinosis) และมีไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) (Stanley, 1995: 190) จากการศึกษาของ Bild และ คณะ (1993: 1047) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีอายุ 65 ปี และมากกว่า 65 ปี ทั้งเพศชายและหญิงจำนวน 5201 คน พบว่า จะพบโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นตามอายุโดยสูงสุดในอายุ 85 ปี แต่อย่างไรก็ตามความมีอายุมิได้เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ แต่การเกิดโรคจะเกิดจากพฤติกรรมด้วย (Lueckenotte, 1996)

3) เพศ พบว่าเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า ความแตกต่างในโอกาสเสี่ยงระหว่างเพศหญิงกับเพศชายจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น และเมื่อมีอายุมากขึ้นเป็น 70 ปี โอกาสเกิดโรคทั้งในเพศหญิงและเพศชายจะเท่ากัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 72) นอกจากนี้พบว่าเพศหญิงอายุ 45 - 55 ปี ที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือน จะมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีอายุเท่ากัน แต่ยังไม่หมดประจำเดือน (Nachtigall, and Nachtigall, 1990: 24) จากการผ่าศพผู้หญิงชาวอเมริกันในวัยก่อน 50 ปี ซึ่งผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง มีข้อบ่งชี้ว่าเกิดโรคหัวใจเนื่องจากหลอดเลือดตีบแข็งจากไขมันเกาะภายในหลอดเลือด การอุดตันของหลอดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น (สุภาณี กาญจนารี, 2539: 232)

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1) ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงจะมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดเกิดการคดงอและตีบตัน ทำให้เลือดไม่สามารถผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหรืออวัยวะต่างๆ ได้ จากการศึกษาทางระบาดวิทยา แสดงให้เห็นชัดเจนว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายอัตราการตายและการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ (Simon,

and others, 1991: 589; Guzik, 1992: 352; WHO, 1995: 8) ในผู้สูงอายุ ความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 160/95 มิลลิเมตรปรอท (Nachtigall, and Nachtigall, 1990: 26)

2) ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ระดับโคเลสเตอรอลรวมทั้งหมด (total cholesterol) และแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL - cholesterol) จะเป็นตัวทำนายปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุระดับโคเลสเตอรอลไม่ควรเกิน 240 mg/dl (ปกติ 200 - 240 mg/dl) (Leaf, 1994: 35; Miller and Gottlieb, 1991: 24) นอกจากนี้ยังพบว่าระดับเอชดีแอล โคเลสเตอรอล (HDL - cholesterol) จะเป็นตัวทำนายการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้หญิงสูงอายุด้วย (Manolio and others, 1992: 16-76) ส่วนระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Leaf, 1994: 37)

3) การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะเพิ่มการหลั่งของอิพิเนฟรินกับ นอร์อิพิเนฟริน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจผิดจังหวะและเร็วขึ้น เพิ่มความดันโลหิตและการ ใช้ออกซิเจน (Trap-Jensen, 1988: 263) ส่วนคาร์บอนมอนอกไซด์จะลดความสามารถของ เลือดในการขนส่งออกซิเจน ผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวน/วันขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หัวใจถึง 6.5 เท่าของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (สมชาติ โลจายะ, 2536: 21) จากการศึกษาพบว่า การ สูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูงอายุชาวอเมริกันและญี่ปุ่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเพิ่มขึ้น เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง โดยผู้สูงอายุชายที่ยังสูบบุหรี่ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (Benfant, and Reed, 1991: 897-899) และในปี ค.ศ.1985 ได้มีการศึกษาความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็น 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และจำนวนผู้เสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ในเพศชายจะมาก กว่าเพศหญิง (WHO, 1995: 23-24)

4) การออกกำลังกาย จากการศึกษาทั่วไปในอดีตและในปัจจุบัน พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (WHO, 1995: 24) จากการศึกษาของ Powell และคณะ (1987: 251 - 89 อ้างถึงใน วินัส ลิพท์กุล, 2539: 41) ได้รายงานไว้ว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมา จากการใช้ชีวิตอย่างสุขสบาย และผู้ที่มีอาชีพนั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็น 1.9 เท่าของผู้ที่มีอาชีพที่ต้องทำงานกระฉับกระเฉง

จากการศึกษาของ Paffenbarger และคณะ (1993: 538-544) พบว่าการเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงระดับปานกลางจะมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และจากการศึกษาของ ลินจง โปธิบาล (2538: 1-18) พบว่า ภาวะการขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุไทย

ความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายกับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยังไม่มียานวิจัยพิสูจน์ได้แน่ชัด แต่การออกกำลังกายจะมีผลต่อการลดภาวะเสี่ยงโดยการลดน้ำหนัก ลดความเครียด และเพิ่ม HDL ในเลือด (Carlson, Braun, and Murphy, 1996: 264)

5) เบาหวาน ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน จะพบว่ามีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมาเป็นเวลานาน และมักจะพบเป็น 2 เท่าของคนปกติ กลไกการทำให้เกิดหลอดเลือดตีบตันยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีระดับความดันโลหิตสูง และมีระดับไขมันในเลือดสูง (พรรรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 432) และในผู้สูงอายุพบว่า เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (King and Dowd , 1990: 3-8 อ้างถึงใน วินัส ลีพหกุล, 2539: 4)

6) ความอ้วน ความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยังไม่สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวได้อย่างชัดเจน แต่มีการศึกษาพบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์กับการอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Chaitiraphan, 1986: 114) และพบว่าความอ้วนจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เบาหวาน และระดับไขมันในเลือดสูง (Feldman, 1980: 71)

7) คาเฟอีนและแอลกอฮอล์ คาเฟอีนจะมีผลต่อการเกิด atherosclerosis กับหลอดเลือดโคโรนารีหรือไม่นั้นยังเป็นเรื่องที่ยังศึกษากันอยู่ แต่เชื่อว่าคาเฟอีนมีผลทำให้หัวใจบีบตัวแรงและเร็วขึ้น และทำให้เพิ่มการสังเคราะห์ไตรกลีเซอไรด์ ทำให้ปริมาณของ very low density lipoprotein เพิ่มขึ้น (สุเอ็ด คชเสนีย์, 2531: 339) จากการศึกษาพบว่า การดื่มกาแฟ 2-5 ถ้วยต่อวันสามารถมีผลต่อการทำงานของหัวใจ และถ้าดื่มในปริมาณมากขึ้นกว่านี้จะมีผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532: 113) ส่วนแอลกอฮอล์มีผลต่อการเพิ่มระดับไขมันในเลือด (Steinberg, Pearson, and Kuller, 1991: 967) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเล็กน้อยจนถึงปานกลางหรือน้อยกว่า 60 กรัม (4 Drinks) ต่อวัน จะมีอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดน้อยกว่าผู้ที่ไม่ดื่ม หรือดื่มในปริมาณมาก (วินัส ลีพหกุล, 2539: 42)

8) ความเครียดและบุคลิกภาพ จากการศึกษาพบว่าในภาวะเครียด อัตราการเต้นของหัวใจจะเร็วขึ้น และมีความดันโลหิตสูงขึ้น (Schnall, and others, 1990: 1929) ในขณะเดียวกันร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อเตรียมพร้อม ทำให้น้ำตาล ไบโกลิปิดในเลือด และสารที่ช่วยการแข็งตัวของเลือดมีระดับเพิ่มขึ้น ถ้ามีความเครียดเกิดขึ้นเสมอๆ จะทำให้เกิดไขมันในเลือดสูงอย่างถาวร เป็นผลทำให้มีสารไขมันมาเกาะตามผนังหลอดเลือดมากขึ้น และหลอดเลือดแข็งตัวได้ ปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้เกิดความเครียดที่สำคัญ คือ บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล และแบบแผนในการดำเนินชีวิต คนที่มีบุคลิกภาพที่ชอบแข่งขัน ใฝ่สูง อารมณ์รุนแรง ใจร้อน และเข้มงวดตลอดเวลา (บุคลิกภาพ type A) จะมีแนวโน้มทำให้เกิดโรคหัวใจมากกว่าคนเฉื่อยชา (จันทนา รณฤทธิวิชัย, 2536: 318) จากการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพ type A มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Gerrity, and others, 1990: 1354)

9) การใช้ฮอร์โมน ผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน แต่มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเพศหญิงที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนมีเพียงครั้งหนึ่งที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับฮอร์โมน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะลดลง 30-50 เปอร์เซ็นต์ในเพศหญิงที่รับประทานฮอร์โมนเอสโตรเจน (Wenger, 1997: 1085)

2.3 อาการและอาการแสดง

อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่พบได้บ่อย คือ อาการเจ็บบริเวณหน้าอก (angina pectoris) การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (acute myocardial infarction) และการเกิดการตายโดยปัจจุบันทันด่วน (sudden death) (พรวรรณี เสถียรโชค, และ ประดิษฐ์ชัยเสรี, 2536: 436-437)

การเจ็บหน้าอกชนิดแฉะงินา เกิดขึ้นเนื่องจากมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกสามารถจำแนกได้ตามลักษณะการเจ็บ คือ

1) การเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (stable angina pectoris) หมายถึง การเจ็บหน้าอกที่ค่อนข้างจะเรื้อรังเป็นในลักษณะเดียวกัน บริเวณที่เจ็บ ระยะเวลาที่เจ็บ และมีตัวกระตุ้นคล้ายๆ กัน โดยเฉพาะเป็นมาในเวลานานกว่า 2 เดือนขึ้นไป ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกแน่นอึดอัดบริเวณหน้าอก หรือมีอาการเจ็บหนักๆ เหมือนมีใครมาบีบบริเวณหน้าอก หายใจไม่ออก

ส่วนน้อยจะรู้สึกแสบๆ หรือชา แต่จะไม่เจ็บแหลมหรือเจ็บแปร็บ ๆ บริเวณที่เจ็บจะอยู่ ตรงกลางหน้าอกด้านซ้ายหรือด้านขวา บริเวณไหล่ซ้าย หรือบริเวณสะบักหลัง เมื่อเจ็บจะมีอาการร้าวไปที่แขนซ้ายมากกว่าแขนขวา หรือไปที่คอ กราม หรือบริเวณไหล่ซ้าย ระยะเวลาที่เจ็บประมาณ 2 - 5 นาที

2) การเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina pectoris) อาการเจ็บหน้าอกจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากที่เคยเป็นอยู่เดิม เจ็บถี่ขึ้น และเจ็บอยู่นานกว่า 20-30 นาที หรือมีอาการเจ็บมากกว่าครึ่งชั่วโมง มีเหงื่อออก หน้ามืด เป็นลม มักเกิดขึ้นในขณะที่ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย หรือในขณะที่พักและไม่มีสาเหตุชักนำอื่นๆ อาการเจ็บหน้าอกแบบนี้แสดงถึงภาวะของโรคที่กำลังเปลี่ยนแปลง คือ กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ซึ่งอาจเสียชีวิตโดยกระทันหันได้

อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จะมีความแตกต่างจากวัยอื่นๆ คือ ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกจะไม่ชัดเจน และอาจมีอาการความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ หัวใจเต้นเร็ว สับสนเป็นลม และหายใจลำบาก ร่วมกับอาการแน่นในอกเท่านั้น และอาการที่สำคัญคือ การตายอย่างปัจจุบันทันด่วน ซึ่งมักจะเกิดขึ้นใน 2-3 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ (Lazer, Lazer, and Frishman, 1992: 25; Hunter, 1995: 32) และเนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ชัดเจน ทำให้ยากต่อการวินิจฉัย และทำให้ผู้สูงอายุไม่ทราบแน่ชัดว่ามีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น (Hitzhusen and Alpert, 1984: 44)

2.4 การวินิจฉัย

สามารถทำได้หลายวิธีประกอบกัน คือ (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2536: 322; Lueckenotte, 1996: 514)

2.4.1 การซักประวัติ สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรค และช่วยแยกได้ว่าเป็นการเจ็บหน้าอกเนื่องมาจากกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือเนื่องมาจากการขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวได้ การซักประวัติจะครอบคลุมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บหน้าอกในอดีต ปัจจุบัน แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม อาชีพ เศรษฐกิจนิสัยการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย

2.4.2 การตรวจร่างกาย จากการสังเกตและการดูแลลักษณะการหายใจ รูปร่างทรวงอก อาการที่เกิดขึ้นร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก การคลำ การเคาะ และการฟังอัตราการเต้นของหัวใจ

2.4.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่

- 1) การตรวจหาเม็ดเลือดชนิดต่างๆ เพื่อประเมินผู้ป่วยว่าภาวะช็อคหรือมีเม็ดเลือดแดงในเลือดมากเกินไปหรือไม่ เพราะทั้งสองสภาวะมีผลต่อการเจ็บหน้าอกได้ และดูระดับเม็ดเลือดแดง ถ้าสูงถึง 12,000 - 15,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร แสดงถึง กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Long and phipps, 1985: 656 อ้างถึงใน จันทนา รัตนวิชัย, 2536: 332)
- 2) การตรวจเลือดเพื่อดูระดับของเอ็นไซม์ที่สำคัญ คือ Creatinine Phosphokinase (CPK), Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT) และ Lactic Dehydrogenase (LDH) ซึ่งเอ็นไซม์แต่ละชนิดจะมีระดับสูงในเลือดในระยะเวลาต่างกัน
- 3) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram ECG) ซึ่งอาจจะพบความผิดปกติของ T wave คือมี ST depressive หรือ T wave inversion การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจะสามารถวินิจฉัยได้แน่ชัด ถ้าตรวจในขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก
- 4) การทดสอบด้วยการออกกำลังกาย (Exercise Stress Test) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และการติดตามผลการรักษา การออกกำลังกายจะทำให้เกิดอาการแสดงได้ ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ
- 5) การฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Arteriography) มีประโยชน์ในการวินิจฉัย และสามารถบอกถึงกายวิภาคของหลอดเลือดแดงได้
- 6) การถ่ายภาพเอ็กซเรย์ปอด มักจะพบว่าหัวใจโตกว่าปกติ

2.5 การรักษา

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ การรักษาด้วยการใช้ยา และการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา (Lueckenotte, 1996: 514)

2.5.1 การรักษาด้วยการใช้ยา มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของผู้ป่วยให้มากที่สุด และทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชีวิตที่ปกติ ดังนั้นการใช้ยาจึงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ผลข้างเคียงของยา และการตอบสนองของยาของผู้ป่วย ยาที่ใช้ในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ แบ่งออกได้ 5 กลุ่ม คือ

- 1) ยานิดกั้นเบต้า (Beta blockers) เป็นยาช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เพราะลดการเต้นของหัวใจ และลดการบีบตัวของหัวใจ ได้มีการศึกษาอย่างกว้างขวางในการทดลองใช้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งพบว่าเป็นยาที่มีประโยชน์ และลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ลดลงได้ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ propranolol Hcl (inderal), Metoprolol (lopressor), atenolol (tenormine) แต่ในผู้สูงอายุ ยากลุ่มนี้อาจเป็น

ยาที่ทำให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุได้ คืออาจจะทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ รบกวนการนอนหลับ ดังนั้นการเลือกใช้ยากลุ่มนี้ในผู้สูงอายุ ควรเลือกยาที่มีความรุนแรงน้อย (Gottlieb and Gerstenblith, 1988: 32; Amidon, 1995: 27)

2) ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel-blockers) เป็นยาที่ช่วยลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการลดความดันโลหิตและลดการบีบตัว และช่วยเพิ่มการนำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการขยายหลอดเลือด แต่อย่างไรก็ตาม ยาต้านแคลเซียมอาจจะใช้ในผู้ป่วยหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ประโยชน์ไม่เท่ากับยาปิดกั้นเบต้า ยากลุ่มนี้ได้แก่ nifedipine (adalat) diltiazem และ verapamil ในผู้สูงอายุ ยานี้จะทำให้เกิดอาการข้างเคียงคือ หัวใจเต้นช้า หายใจลำบาก เวียนศีรษะ เป็นลม ปวดศีรษะ ความดันต่ำ และยา verapamil อาจทำให้เกิด A - V block และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายฉับพลัน ถ้าผู้ป่วยรายนั้นมีปัญหาเรื่องการทำงานของหัวใจ โดยเฉพาะหัวใจห้องล่างซ้าย ซึ่งการใช้ยานี้ในผู้สูงอายุควรต้องเพิ่มความระมัดระวังในการใช้ (Gottlieb and Gerstenblith, 1988: 27 - 28; Amidon, 1995: 27)

3) ไนเตรท (Nitrate) เป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้นและนาน ยานี้จะไปลดอาการเจ็บหน้าอกของหัวใจได้ โดยทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดคลายตัว ทำให้หลอดเลือดดำขยายตัว และลดแรงต้านหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ทำให้เลือดดำไหลเข้าหัวใจลดลง เป็นการช่วยลดการทำงานของเวนทริเคิลซ้ายลง ยากลุ่มไนเตรทมีหลายแบบ คือ ไนโตรกลีเซอริน อมไต้ลิ้น ซึ่งออกฤทธิ์ได้เร็วใน 1-3 นาที มักจะใช้บ่อยเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น อาจใช้ติดต่อกันได้ 1-3 เม็ด เมื่ออาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น แต่ยาจะเสื่อมคุณภาพได้เร็วเมื่อถูกแสง ผู้สูงอายุควรจะต้องตรวจสอบอายุของยา ถ้ายามีสริบผิวดำแสดงว่ายายังมีฤทธิ์อยู่ นอกจากนี้ยังมียาไนโตรกลีเซอรินชนิดมีฤทธิ์อยู่นาน อาจใช้ 2 - 3 ครั้ง/วัน nitro ointment 21 ใช้แปะติดหน้าอกทุก 4 ชั่วโมง isosorbide dinitrate ซึ่งมีในรูปแบบ อมไต้ลิ้น สำหรับเคี้ยว หรือเป็นเม็ดรับประทาน (พรรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 439) ยากลุ่มไนเตรท เมื่อใช้ในผู้สูงอายุจะมีประสิทธิภาพดีแต่อาจทำให้เกิดหัวใจเต้นเร็วและความดันต่ำอย่างรุนแรงในขณะที่เปลี่ยนท่าซึ่งสาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นเนื่องจากความมีอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับยาไนเตรทที่ออกฤทธิ์เร็ว ที่อยู่ในท่านั่งหรือยืนควรจะต้องระวังเรื่องการเป็นลมและการหกล้ม (Forman and Wei, 1993; Stanley, 1992 cited in Lueckenotte, 1996: 514)

4) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) ยาละลายลิ่มเลือด และยาต้านการตกตะกอนของเลือด (antiplatelet) อาจใช้ยากลุ่มนี้ป้องกัน และลด thrombus ก่อนไขมันที่จับเป็นก้อนในหลอดเลือดแดง ซึ่งสามารถให้ทางหลอดเลือดดำในเวลา 6-8 ชั่วโมง

หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังจากนั้นให้เฮพาริน (heparin) โดยทางรับประทาน เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดอุดตันซ้ำ ในผู้สูงอายุการรักษาด้วยยานี้อาจจะยกเว้น เนื่องจากความสูงอายุ และความเสี่ยงที่รุนแรงจากเลือดแตก (Forman and Wei, 1993 cited in Lueckenotte, 1996: 516)

ยาต้านการตกตะกอนของเลือด เช่น แอสไพริน และคูมาดิน (coumadin) เป็นยาที่นิยมใช้เพื่อป้องกันการตกตะกอนของเลือด และการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำในระยะยาว การใช้ยาแอสไพรินในผู้สูงอายุยังมีการใช้ที่ไม่ชัดเจน และผู้สูงอายุอาจเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้สูง แต่สามารถให้ยาแอสไพรินในผู้สูงอายุได้ในขนาดต่ำๆ คือ 80 - 325 มิลลิกรัมต่อวัน ทุก ๆ 2 วัน หรือ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Luny and Long, 1992 cited in Lueckenotte, 1996: 516)

5) ยาลดระดับไขมันในเลือด ใช้เพื่อลดระดับไขมันในเลือดโดยการป้องกันการดูดซึมโคเลสเตอรอล และส่งเสริมให้มีการขับออกทางอุจจาระ โดยการยับยั้งการเกิดสารประกอบทางเคมี (biosynthesis) ของโคเลสเตอรอล หรือลดการสร้างไขมันของไตรกลีเซอไรด์ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ cholstyramine (questran), colostipol (colostid), gamfibrozil (lopilid) อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ รมกวนระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการท้องผูก (Lueckenotte, 1996: 516 - 517)

2.5.2 การรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา ได้แก่

1) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ได้แก่ การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง (Percutaneous Trans Luminal Coronary Angioplasty) และการผ่าตัดทำการเบี่ยงเส้นเลือดแดงโคโรนารี (Coronary By Pass Grafting) การพิจารณาทำ PTCA จะทำในผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีอาการเจ็บหน้าอกแบบถาวร นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีการตีบของเส้นเลือดหลายเส้น อาจพิจารณาทำ PTCA ได้ แต่ประสิทธิผลของการรักษาด้วยวิธีนี้อาจได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร การทำผ่าตัด CABG จะเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลสมบูรณ์กว่าการทำ PTCA แต่อย่างไรก็ตามอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการทำ PTCA และ CABG ในผู้สูงอายุ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ เส้นโลหิตในสมองแตก การติดเชื้อ และการเสียชีวิต จะมากกว่าวัยอื่น (Forman and Wei, 1993: 34)

2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค และป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำและโคเลสเตอรอลต่ำ การควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การลดภาวะเครียด การเฝ้า

ระวังภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การป้องกันอาการท้องผูก การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

3. บทบาทของพยาบาลกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

บทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุคือ บทบาทในการดูแลรักษาผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตสังคม ไม่เพียงแต่ในยามเจ็บป่วยหรือเรื่องโรคเท่านั้น แต่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้คงไว้ในสภาพที่ดีที่สุด โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการตัดสินใจปฏิบัติการ (อาภา ใจงาม, 2536: 112) โดยการพยาบาลจะต้องมุ่งเน้นในเรื่อง

3.1 การลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม โดยการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ และญาติ เกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุดตามสภาวะเสื่อมถอยที่มีอยู่ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมในสังคมได้อย่างมีความสุข

3.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายที่เสื่อมลงนั้นให้สามารถทำงานได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดย

3.2.1 ฟื้นฟูให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2.2 ให้คำแนะนำแก่ญาติ และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย

3.2.3 การเตรียมผู้สูงอายุให้พร้อมที่จะรับความจริงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะร่างกายในลักษณะของการเสื่อมถอยตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น

3.3 การฟื้นฟูสภาวะด้านจิต สังคม โดยการยกย่องให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเองที่ได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และชุมชน

เนื่องจากความแตกต่างของโรค และการแสดงอาการ ตลอดจนความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทำให้หลักการและวิธีการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุจึงแตกต่างจากบุคคลวัยอื่น ประนอม โอทกานนท์ และ จีราพร เกตพิชวัฒนา (2537: 41) กล่าวว่า หลักในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) การเฝ้าระวัง สังเกตอาการ และอาการแสดงของผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญ อาการแสดงบางอย่างของผู้สูงอายุ เช่น การไม่รับประทานอาหาร อาจแสดงความผิดปกติบางอย่าง ซึ่งพยาบาลไม่ควรละเลย หรือคิดว่าเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ

2) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย จะมีความผิดปกติหลายๆ อย่างร่วมกัน ซึ่งต้องการการดูแล พิเศษ การเฝ้าระวัง สังเกตความผิดปกติต่างที่เกิดขึ้น จะช่วยให้สามารถทราบความต้องการการรักษาพยาบาลได้

3) อาการผิดปกติต่างๆ ที่สังเกตได้จากอาการแสดงของผู้สูงอายุ เช่น หน้ามืด ตาลาย หรืออาการแสดงถึงการเสื่อมถอยอย่างรวดเร็ว อาการเหล่านี้ควรได้รับการสังเกตอย่างรอบคอบ การดูแลรักษาตามอาการอาจทำให้ละเอียดต่อการรักษาพยาบาลตามสาเหตุที่แท้จริงของความผิดปกติของผู้สูงอายุ

4) เมื่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ซึ่งต้องตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ด้วย

5) ควรหลีกเลี่ยงวิธีการรักษาพยาบาลที่คิดว่าอาจจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ และอาจจะทำให้โรคที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้น

6) การสังเกตปฏิกิริยา และผลข้างเคียงจากการได้รับยาเพื่อการรักษาพยาบาล เป็นเรื่องสำคัญ และต้องสังเกตอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เพราะผู้สูงอายุ คือผู้ที่เสี่ยงต่อการได้รับผลข้างเคียงจากยามากที่สุด

ดังนั้นการพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จึงต้องให้การพยาบาล โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทางเสื่อมของร่างกาย จิตใจ สังคม และให้การพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต และสังคม และเนื่องจาก อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจะไม่ชัดเจนเหมือนวัยอื่นๆ การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จึงต้องอาศัยการประเมินอาการเจ็บหน้าอกด้วยการอาศัยข้อมูลหลายๆ ด้านด้วยการ

1) ชักประวัติผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มักจะมีอาการ หายใจลำบาก หน้ามืด เวียนศีรษะ และสับสน ซึ่งพยาบาลจะต้องซักประวัติให้ละเอียด และเนื่องจากวัยสูงอายุ จะมีความเสื่อมของการได้ยิน ดังนั้นพยาบาลจะต้องพูดกับผู้สูงอายุด้วยถ้อยคำที่ช้าๆ ชัดๆ และพูดต่อหน้าผู้สูงอายุ (Lueckenotte, 1996: 503) การซักประวัติที่ดีจะช่วยวินิจฉัยโรคได้แม่นยำถึง 90 เปอร์เซ็นต์ และการซักประวัติยังช่วยแยกได้ว่าเป็นการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวได้ พยาบาลควรถามข้อมูลเกี่ยวกับ

อาการเจ็บหน้าอกในอดีต ความถี่ของการเจ็บหน้าอก ระยะเวลาการเจ็บหน้าอก หรือความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกแต่ละครั้งซึ่งสามารถประเมินได้จากจำนวนยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ในแต่ละครั้ง ในแต่ละสัปดาห์

และควรซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกในปัจจุบัน ระยะเวลาในการเจ็บหน้าอก เพื่อจะได้แยกกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกได้ ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกเป็นอย่างไร ตำแหน่งที่เจ็บ ความรุนแรง มีการปวดร้าวไปที่ใดบ้าง อาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นเมื่อใด ในผู้สูงอายุเมื่อออกกำลังเพียงเล็กน้อย หรือบางครั้งไม่ออกกำลังเลย ก็อาจมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นได้ อาการเจ็บหน้าอกบรรเทาลงเมื่อปฏิบัติตัวอย่างไร เช่นหยุดออกกำลังกายทันที อดยาขยายหลอดเลือด หรือจำเป็นต้องฉีดยาแก้ปวด และมีอาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่ เช่น เหงื่อออก ความดันโลหิตต่ำลง ตัวเย็น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยหอบซึ่งถ้ามีอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้สูงอายุจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เป็นลมร่วมด้วย

นอกจากนี้การซักประวัติจะต้องถามถึง แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม อาชีพ เศรษฐกิจ การศึกษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อผู้สูงอายุมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่เหมาะสม น้ำหนักเพิ่มขึ้นมาก ประกอบกับการขาดการออกกำลังกายและปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ซึ่งจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และเกิดอาการเจ็บหน้าอก

2) การตรวจร่างกาย ต้องอาศัยเทคนิคการดูและการสังเกต การคลำ การเคาะ และการฟัง ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมักมีหัวใจโตกว่าปกติ ควรคลำดูตำแหน่งที่หัวใจเต้นแรงที่สุด และในขณะที่ผู้สูงอายุไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ควรเคาะดูขอบเขตของหัวใจ เพื่อนำมาประเมินว่าหัวใจโตหรือไม่ และฟังอัตราการเต้นของหัวใจบริเวณยอดหัวใจ (apex) อัตราการเต้นของหัวใจจะเร็วและเต้นไม่สม่ำเสมอ บางครั้งจะได้ยินเสียงม้าควบ (gallop rhythm)

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ พยาบาลต้องดูผลการตรวจเม็ดเลือดชนิดต่างๆ ระดับเอ็นไซม์ในเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจด้วยการออกกำลัง การถ่ายภาพเอ็กซเรย์ปอด และการฉีดสารทึบรังสีเข้าหลอดเลือดแดง

การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ สิ่งเหล่านี้พยาบาลจำเป็นต้องทราบ และสามารถรวบรวมข้อมูลต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง เพื่อนำมาวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่สำคัญคือ การช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม ที่จะช่วยยับยั้งมิให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น และการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีความสมบูรณ์แข็งแรง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และโรคอื่นๆ ที่จะเกิดขึ้นจาก

ความเสื่อมโทรมของร่างกาย ซึ่งจะทำให้อาการของโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และสังคม ได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการสอนการให้คำแนะนำ และการสนับสนุน มีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงการรับฟังสิ่งที่ผู้สูงอายุกังวล และห่วงใย ตลอดจน การตอบข้อสงสัย และข้อข้องใจต่างๆ ของผู้สูงอายุ และญาติ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ และญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ และญาติ ซึ่งจะมีช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 81)

การให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่

1) เปลี่ยนนิสัยในการบริโภคอาหาร โดยรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีไขมันน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง เพื่อป้องกันการเพิ่มการทำงานของหัวใจ ลดอาหารที่มีไขมัน โคเลสเตอรอลสูง งดดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

2) ออกกำลังกายในระดับที่เหมาะสมกับโรค และสภาพร่างกาย อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ออกกำลังกายหักโหม หรือออกกำลังกายทันทีภายหลังจากรับประทานอาหาร ตรวจเช็คชีพจรตนเองก่อนออกกำลังกาย และในขณะที่ออกกำลังกายทุกครั้ง

3) นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

4) หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด

5) งดสูบบุหรี่

6) ดูแลสุขภาพและควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง

7) รับประทานยาอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ และไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

8) คอยสังเกตอาการที่ผิดปกติ เช่น อาการเจ็บหน้าอก

9) ระวังเรื่องอาการท้องผูก

นอกจากนี้ พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยอมรับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองยังมีคุณค่า มีความสำคัญต่อครอบครัวและสังคม และมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ในสังคม เพื่อคลายความเหงา และสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการยอมรับทางสังคม รวมทั้งได้แหล่งช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

จะเห็นได้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากความสูงอายุกับพฤติกรรมความเสี่ยงต่างๆ แต่ความสูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นการยับยั้งความรุนแรงของโรคจึงสามารถทำได้ด้วยการใช้ยากับการรักษา ด้วยวิธีการผ่าตัด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต แต่การรักษาด้วยการ ผ่าตัดจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มาก รวมทั้งต้องสูญเสียเงินเป็นจำนวนมาก วิธีที่สามารถ ยับยั้งความรุนแรงของโรคได้ดีที่สุด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต ให้ถูกต้อง เหมาะสม พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนการ ดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสม

4. แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น ได้เน้นให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ของตนเอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนางานสาธารณสุข และเป็นการเพิ่มศักยภาพ ของบุคคลในการรับมือกับสุขภาพของตนเองเป็นหลัก โดยเชื่อว่าหากบุคคลมีแบบแผนการ ดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมแล้ว จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในปัจจุบัน ทางการแพทย์ และทางการระบาดวิทยามีความเห็นพ้องกันว่า นอกจาก ปัจจัยทางพันธุกรรม และการติดเชื้อที่มีผลต่อสุขภาพแล้ว แบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลยังมี ความสำคัญต่อสุขภาพเช่นกัน (Badura,1984: 341) Webster (1985 อ้างถึงใน ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์, 2535: 25) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ส่วน คือ 31 เปอร์เซ็นต์ เป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งที่ตนเองกระทำร่วมกับผู้อื่น ซึ่งได้แก่ ครอบครัว ชุมชน แพทย์ และสถานบริการสุขภาพ 16 เปอร์เซ็นต์เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับพันธุกรรมหรือสิ่งที่ ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ และอีก 53 เปอร์เซ็นต์เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตหรือสิ่งที่ตนเอง สามารถทำได้โดยลำพังเพื่อสุขภาพอนามัย

แบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นการปฏิบัติ หรือนิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะของบุคคล การปฏิบัตินี้สามารถก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการศึกษา การเรียนรู้ และการปฏิบัติจนเป็นนิสัย เพราะสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนิน ชีวิตมากกว่าปัจจัยอื่น (ดร.ณี ชุณหะวัณ, 2533: 1) ปัจจุบันมีผู้ให้ความหมายของคำว่า แบบแผน การดำเนินชีวิตไว้มากมาย

องค์การอนามัยโลก (WHO. Health education unit, 1986: 118) ให้ความหมายว่า แบบแผนการดำเนินชีวิต คือ แบบแผนของการแสดงพฤติกรรมของบุคคลซึ่งเป็นไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความสามารถในการเลือกแสดงพฤติกรรมนั้น

Anderson, Sandra & Bemven (1981 อ้างถึงใน ธรรมนูญ ไซยศิริ, 2534: 18) ให้ความหมายว่า แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง การกระทำเพื่อยับยั้งความรุนแรงของโรค หรือเป็นการขัดขวางการแสดงของโรค ซึ่งได้แก่พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับแรกคือ ชันส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันมิให้ร่างกายอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การป้องกันระดับสองคือ ป้องกันมิให้โรคเลวลง และการป้องกันในระดับสาม คือ การป้องกันมิให้มีความพิการหลงเหลืออยู่

Shultz (1984: 273) ให้ความหมายว่า แบบแผนการดำเนินชีวิต หมายถึง นิสัยการดำรงชีวิตเฉพาะบุคคล ซึ่งนิสัยนี้มีผลทางบวก และทางลบต่อสุขภาพ

Pender (1987) ให้ความหมายว่า แบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นกิจวัตรประจำวัน สรุปได้ว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยับยั้งความรุนแรงของโรค หรือขัดขวางการแสดงของโรค และเป็นการกระทำที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี หรือมีความผาสุก และเป็นการกระทำที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นกิจวัตรประจำวัน หรือเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน

คำว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตมีผู้ใช้คำนี้แตกต่างกันออกไป Walker, Keer, Pender, และ Sechrist (1990: 268) กล่าวว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นคำที่มีความหมายเหมือนกัน โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้ หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล และจินตนา ยูนิพันธ์ (2532: 44) กล่าวว่า ในการวิจัยทางการแพทย์ คำว่า พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเอง และพฤติกรรมแบบแผนชีวิต (life style behavior) คือ พฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง

การที่บุคคลจะเกิดโรคใดๆ หรือเมื่อเป็นโรคแล้วจะให้หายจากโรคได้นั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติของบุคคลนั้นๆ เป็นสำคัญที่จะมีพฤติกรรมปฏิบัติที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในสภาวะก่อนเกิดโรค และสภาวะเจ็บป่วย ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ได้แบ่งแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพเป็น 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมด้านป้องกันโรค และพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

พฤติกรรมด้านป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติทุกอย่างของบุคคลในการยับยั้งพัฒนาการของการเป็นโรคก่อนที่จะเกิดโรค และปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง พฤติกรรมป้องกันโรคยังรวมถึงการฉีดวัคซีนตามระยะเวลาเมื่อมีการระบาดของโรค และการตรวจร่างกายประจำปีด้วย

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติตนของบุคคลเมื่อเจ็บป่วย หรืออยู่ในภาวะสุขภาพที่ผิดปกติ รวมทั้งการไปรับบริการการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับอาการของโรค การไปตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

ส่วน Pender (1987) ได้อธิบายพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตในภาวะร่างกายปกติว่าประกอบด้วย พฤติกรรม 2 ลักษณะ คือ พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health protecting) คือ การที่บุคคลปฏิบัติเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง (stability) ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค หรืออันตราย รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

1) การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกันในระยะก่อนการเกิดโรค ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพอนามัย และการป้องกันจำเพาะอย่างเพื่อขัดขวางปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สิ่งที่เกิดโรค และสิ่งแวดล้อม อันจะทำให้เกิดผลเป็นโรค เช่น การลดภาวะเสี่ยงการเกิดโรค การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลที่ดี

2) การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการกระทำเพื่อสืบค้นโรคระยะแรกและจำกัด หรือหยุดยั้งการดำเนินโรคไม่ให้ก้าวหน้าต่อไป

3) การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันการคงสภาพสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือความพิการ ภายหลังจากการเกิดโรคให้อยู่ในระดับคงที่เหมาะสม และลดสิ่งแทรกซ้อน

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นการแสดงออกของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการตั้งใจ และยอมรับของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่สภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี และยกระดับความเป็นอยู่ของตนให้ดีขึ้น จะช่วยให้บุคคลได้รับความสำเร็จในชีวิต และบรรลุจุดมุ่งหมายที่พึงพอใจ ซึ่งพฤติกรรมทั้ง 2 อย่างเป็นกระบวนการที่เสริมกัน

จะเห็นได้ว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตจะประกอบไปด้วยพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย พฤติกรรมด้านการป้องกันโรค (Health-Protecting Behaviors) จะอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการป้องกันและลดโอกาสของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Healthy-promoting behavior) จะอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้ หรือยกระดับภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุก (Well-being) ความมีคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกอิมเมจใจ ซึ่งพฤติกรรมทั้ง 2 อย่างนี้เป็นกระบวนการที่เสริมกัน และการที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ (Pender, 1987: 57-72)

1. ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ (cognitive perceptual factors) ของบุคคล เป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งถือได้ว่ามีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The importance of health) การที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพมากเท่าไร บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น และการให้คุณค่ากับพฤติกรรมเฉพาะ (behavior specific value) นำจะมีอิทธิพลมากกว่าพฤติกรรมทั่วไป (global life value)

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (perceived control of health) การที่บุคคลรับรู้ถึงผลของการควบคุมสุขภาพจากภายในตน จะมีแนวโน้มของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ผลของการควบคุมสุขภาพจากภายนอกตน

1.3 การรับรู้ความสามารถในตน (perceived self-efficacy) การที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จ หรือผลที่ตนเองต้องการ เมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติ กิจกรรมนั้นๆ บุคคลในแต่ละวัยจะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตน และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เมื่อบุคคลกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.4 การรับรู้คำจำกัดความสุขภาพ (definition of health) สุขภาพของบุคคล จะส่งผลต่อการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่าเกี่ยวกับการปรับตัว หรือความสมดุล บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมป้องกันความเจ็บป่วยหรือการเกิดโรค ส่วนบุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีความสุขสมบูรณ์ (self actualization) ก็จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพ และเพื่อ

ความผาสุก (well-being) การที่บุคคลให้คำจำกัดความสุขภาพแตกต่างกัน จะมีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่ และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความสุข และมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดี และส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived benefit of health) การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำของตนเองกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตน ส่งผลให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะที่เดียวกัน การกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคง และส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.7 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived barriers to health) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นการคะเน หรือความจริง และการรับรู้ในแง่ของความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก การไม่มีโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อันจะส่งผลลบต่อสุขภาพ

2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน (modify factors) จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ของบุคคล นั่นคือปัจจัยนี้จะมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยด้านประชากร (demographic factors) ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา เชื้อชาติ ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ภายในตัวบุคคล เช่น การให้ความสำคัญต่อสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ

↳ 2.2 ลักษณะทางชีววิทยา (biological characteristic) เช่น สัดส่วนของร่างกาย และน้ำหนักตัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก จะมีการออกกำลังกายน้อยกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อย

2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) ได้แก่ ความเชื่อถือบุคคลอื่น แบบแผนการให้บริการทางสุขภาพของครอบครัว หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จะมีผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ทำให้บุคคลได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร คำแนะ

น้ำ การเงิน แรงงาน การตอบสนองด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้พร้อมที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยสถานการณ์ (situational factors) ตัวกำหนดด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ และความง่ายที่จะเข้าใจทางเลือกนั้น โดยทางเลือกยิ่งมีมากเท่าไรจะยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

2.5 ปัจจัยพฤติกรรม (behavior factors) ประสบการณ์ของบุคคลที่เคยปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ อีก เช่น การเรียนรู้ และทักษะทางปัญญา (cognitive and psychomotor skills) มีความจำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ซับซ้อนได้ เช่น โปรแกรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียด ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับที่เคยปฏิบัติมา ความรู้ และทักษะประสบการณ์เดิมจะส่งผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

3. ตัวชี้แนะการกระทำ (cues to action) การทำกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพนั้น มีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ตัวชี้แนะการกระทำภายใน เช่น การรับรู้ศักยภาพของตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการ ส่วนตัวชี้แนะภายนอก ได้แก่ การสนทนากับบุคคลอื่นถึงเรื่องแบบแผนการออกกำลังกาย การขจัดความเครียด และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นซึ่งเป็นตัวชี้แนะการกระทำที่จะผลักดัน หรือสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการป้องกันหรือลดโอกาสของความเจ็บป่วย และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพหรือเพิ่มความผาสุกซึ่งสามารถประเมิน และพิจารณาได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น Pender (1987: 135) จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวนมาก และสร้างแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habits Assessment: LHHA) ขึ้น ประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิต 10 ด้าน คือ

1) ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in self-care) เป็นการประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมที่แสดงถึง

ความสนใจในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก ถึงการสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

2) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practices) เป็นการประเมินถึงรูปแบบของ การรับประทานอาหาร และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้รับสารอาหาร ครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ งดบริโภคเกลือ หรือใช้เกลือในปริมาณเล็กน้อย สำหรับการปรุงอาหารและในระหว่างการรับประทานอาหาร การงดเว้นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือบริโภคในปริมาณที่จำกัด รวมทั้งการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนในปริมาณ น้อย (ไม่เกิน 3 ถ้วย/วัน)

3) การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity) เป็นการประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลในหนึ่ง สัปดาห์ ความสนใจและการเข้าร่วมในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ การ เพิ่มสมรรถภาพทางกาย รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายขณะนั่งหรือยืน

4) รูปแบบการนอนหลับ (Sleep patterns) เป็นการประเมินถึงระยะเวลาในการนอน หลับแต่ละคืน ปัญหาในการนอนหลับ รวมไปถึงที่นอน ท่าทางในการนอนหลับที่ก่อให้เกิด ความสุขสบายและทำให้เกิดการหลับที่มีประสิทธิภาพ

5) การบริหารจัดการความเครียด (Stress management) เป็นการประเมินถึงกิจกรรมที่บุคคล กระทำเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6) การตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน (Self - actualization) เป็นการ ประเมินถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึก ที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี และสุขภาพกายที่ดีตามมาในที่สุด

7) จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการประเมินถึงความตระหนักใน การให้ความสำคัญกับชีวิต การกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว

8) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) เป็นการประเมินถึง การคบค้าสมาคมกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่ของการได้รับการสนับสนุน ต่าง ๆ เช่น ช่วยให้ความตึงเครียดลดลง หรือช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

9) การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environmental control) เป็นการประเมินถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ ในเรื่อง อากาศเป็นพิษ หรือ ควันพิษ สารพิษ และการดูแลที่พักอาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่าง ๆ กับสุขภาพ

10) การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นการประเมินถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในการเลือกใช้สถานบริการทางด้านสุขภาพ เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง การเข้ารับบริการทางสุขภาพเพื่อตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย จากบุคลากรที่มสุขภาพ

สรุปได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) นั้น ปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ในขณะที่ปัจจัยปรับเปลี่ยนมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และตัวชี้แนะการกระทำจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สำหรับการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นสามารถประเมินได้จากแบบแผนการดำเนินชีวิต และนิสัยสุขภาพ 10 ด้านดังที่กล่าวมาแล้ว

จากการศึกษาพบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิต ตามแนวคิดของ Pender (1987) ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นทั้งจากบุคลากรทางสุขภาพและบุคคลทั่วไป ด้วยแนวคิดที่เน้นถึงความสามารถของบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเอง และส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพ อันจะนำไปสู่ความผาสุกในชีวิต ซึ่งไม่เพียงแต่กลุ่มบุคคลทั่วไปเท่านั้น กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ต้องประสบกับปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของความสูงอายุ และจากพยาธิสภาพของโรค ก็ต้องการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยขจัดปัญหาต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ อันจะนำไปสู่ความผาสุก และความมีศักยภาพสูงสุดในบุคคล

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พิจารณากำหนดองค์ประกอบแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยยึดแนวคิดการกำหนดองค์ประกอบของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ 10 ด้านของ Pender (1987) ร่วมกับหลักการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะการสูงอายุ โดยผู้วิจัยได้ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหลือเพียง 3 ด้านคือ ด้านการยับยั้งความรุนแรงของโรค จะครอบคลุมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) ในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน รูปแบบการนอนหลับ การขจัดความเครียด ด้านการส่งเสริมสุขภาพ จะครอบคลุมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) ในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป การควบคุมสภาวะแวดล้อม การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ และด้านการคงไว้ซึ่งการ

ดำรงชีวิตที่มีความสุขและอยู่ในสังคมได้ด้วยดี จะครอบคลุมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) ในเรื่องการตระหนักและยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน จุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยผู้วิจัยได้กำหนดความหมายของแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการยับยั้งความรุนแรงของโรค คือ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกระทำเพื่อควบคุมมิให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป การขับถ่าย

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ คือ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกระทำเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย การป้องกันอันตรายจากสิ่งต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ รวมถึง การแสดงความสนใจในการแสวงหาสิ่งต่างๆ ที่ทำให้มีสุขภาพดี ประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความสนใจในสุขภาพและการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพ

3. ด้านการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่มีความสุขและอยู่ในสังคมได้ด้วยดี คือ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกระทำเพื่อสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตเกี่ยวกับ การยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการยับยั้งความรุนแรงของโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และด้านการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่มีความสุขและอยู่ในสังคมได้ด้วยดี มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการยับยั้งความรุนแรงของโรค

การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ หัวใจปริแตก ภาวะช็อค รวมถึงการเสียชีวิตโดยปัจจุบันทันด่วน เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดขึ้นจากการไม่สามารถควบคุมหรือยับยั้งพยาธิสภาพของโรคได้ ในทางการแพทย์การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังกล่าวเป็นจุดมุ่งหมายสำคัญของการให้การดูแลรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งการที่จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้นั้น ขึ้นอยู่กับการกระทำกิจกรรมเพื่อการควบคุมภาวะเสี่ยงที่ผู้สูงอายุต้องเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลและจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนในแต่ละวันทั้งในเรื่อง การรักษาโรค การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี เพื่อยับยั้งมิให้โรคมีความรุนแรง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมียืนยาวได้

สมชาติ โลจายะ (2536: 741) กล่าวว่า วัตถุประสงค์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด คือการชะลอการเกิดพยาธิสภาพการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และการทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

การที่ยังมีให้โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความรุนแรงมากขึ้น ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตในหลายด้านด้วยกันคือ

1.1. การบริโภคอาหาร

ระดับไขมัน และโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งระดับไขมัน และโคเลสเตอรอลที่สูงขึ้นเป็นผลมาจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง มีการศึกษาที่ยืนยันว่าการรับประทานอาหารที่ถูกต้องสามารถลดอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (สมชาติ โลจายะ และวิชัย ดันไพจิตร, 2531: 649) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความต้องการสารอาหารเพื่อสุขภาพเช่นเดียวกับวัยอื่นๆ แต่การเปลี่ยนแปลงตามวัย เป็นสาเหตุทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่สมบูรณ์ ดังนั้นผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ อาจจะเป็นวันละ 3 - 4 มื้อ และมีปริมาณที่พอดี เพราะผู้สูงอายุมักจะมีการเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้ครั้งละน้อย ๆ ถ้าได้รับเพียงวันละ 1- 2 มื้อ อาจจะไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อาหารที่รับประทานควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย และควรลดการรับประทานไขมัน โดยรับประทานไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น หนังไก่ อาหารที่ผัดใส่น้ำมัน อาหารที่ใส่กะทิ เช่น แกงที่ใส่กะทิต่าง ๆ และขนมที่ใส่กะทิในปริมาณมาก รวมทั้งเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ชนิดไม่ติดมัน ได้แก่ เนื้อปลา และต้มนมพร่องไขมันแทนนมธรรมดา รับประทานกรดไลโนลิกให้เพียงพอ และลดการรับประทานกรดไขมันอิ่มตัว โดยให้ ร่างกายได้รับกรดไลโนลิก ร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด กรดไลโนลิกจะมีมากในน้ำมันพืช เช่น น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ซึ่งผู้สูงอายุควรใช้น้ำมันพืชดังกล่าวในการปรุงอาหาร และควรหลีกเลี่ยงน้ำมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู และน้ำมันพืชบางชนิด คือ น้ำมันข้าวโพด น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม เพราะจะมีกรดไขมันอิ่มตัวสูง นอกจากนี้ ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง โดยรับประทานโคเลสเตอรอลจากอาหารไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ มันสมอง หนังไก่ มันปู มันกุ้ง และหอยนางรม สำหรับไข่ เป็นอาหารให้โปรตีนสูง และ หาซื้อได้ง่าย แต่เนื่องจากไข่หนึ่งฟอง มีน้ำหนัก 50 กรัม มีโปรตีน 7 กรัม จะมีโคเลสเตอรอล 200 - 300 มิลลิกรัม ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงสามารถรับประทานไข่ได้โดยรับประทาน ครั้งละ 1 ฟองวันเว้นวัน หรือจะรับประทานเฉพาะไข่ขาว (วินัส สัพทกุล,

2539: 44-45) จากการศึกษาพบว่า การลดระดับของโคเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) และ LDL จะช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Lipid Research Clinics Program, 1984: 365) และจากการศึกษาของ MERIFT (Multiple Risk Factors Intervention Trial) (Kannel, and others, 1986: 825-836) พบว่าอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลงจากร้อยละ 26 เหลือร้อยละ 15 เมื่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง 20 มก/ดล และถ้าระดับโคเลสเตอรอลลดลงได้ถึง 1 มก/ดล จะลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 1.3 แสดงว่าการลดระดับโคเลสเตอรอลสามารถลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างชัดเจน

นอกจากการลดการบริโภคอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลสูงแล้ว ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดควรบริโภคอาหารที่มีเส้นใยอาหารมาก เช่น ผัก ผลไม้ ซึ่งเป็นแหล่งของคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ที่ช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ดี โดยเฉพาะการเปลี่ยนอาหารคาร์โบไฮเดรตจากรูปน้ำตาลทรายมาเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ทั้งนี้เนื่องจากเส้นใยอาหารสามารถดูดซับน้ำดี และฟอสโฟไลปิดไว้ที่ผิวของใยอาหาร และขับถ่ายออกมากับอุจจาระมากขึ้น ทำให้มีน้ำดี และฟอสโฟไลปิดน้อยลงสำหรับช่วยย่อยไขมันให้เป็นอนุเล็กลง ทำให้ย่อย และการดูดซึมไขมันเข้าสู่ผนังลำไส้เกิดขึ้นน้อยลง นอกจากนี้คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนในเส้นใยอาหารจะเป็นอาหารกระตุ้นการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในลำไส้ ทำให้ก้อนอุจจาระมีขนาดใหญ่ และกระตุ้นให้เกิดการขับถ่ายทุกวัน จึงลดโอกาสอาการท้องผูกลง (มหานาประทีปเสนา, 2538: 100-101) จากการศึกษาการรับประทานอาหารเส้นใยโดยเฉพาะธัญพืช พบว่าสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ (Trowell, 1975 อ้างถึงใน สุรีย์ อิงศรีสว่าง, 2534: 11)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควรลดปริมาณโซเดียมในอาหาร การลดปริมาณโซเดียมในอาหารจะมีผลต่อการลดความดันโลหิตทั้งในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงและปกติ โดยผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจะมีระดับความดันโลหิตลดลง 3-5 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติจะมีระดับความดันโลหิตลดลง 1-2 มิลลิเมตรปรอท การลดปริมาณโซเดียมทำได้โดยรับประทานอาหารรสจืด แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีการรับรสไม่ดี การรับประทานอาหาร รสจืดนาน ๆ อาจมีผลต่อภาวะโภชนาการได้ จึงกำหนดให้ใช้เกลือปรุงอาหารได้บ้างโดยปรุงรสให้อ่อนเค็ม และขณะรับประทานอาหารไม่ควรปรุงโดยเติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ้ว หรือ รับประทานร่วมกับอาหารรสเค็มอื่น ๆ เช่น เต้าเจี้ยว ปลาเค็ม ของดอง (วราภรณ์ นารินวัชร์, 2540: 28) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมาก ๆ เช่น ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน เนื่องจากการรับประทานอาหารหวานที่มีน้ำตาลมาก ๆ

ทำให้ร่างกายได้รับพลังงานมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายจนเกิดความอ้วน ตับจะสร้างโคเลสเตอรอลมากกว่าปกติ เป็นผลให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานร่วมด้วย การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลมากๆ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดการตีบ และแข็งตัวของเลือดมากขึ้น และหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากการศึกษาพบว่า เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมมากเกินร้อยละ 12 (12 ดีกรี) มีผลทำให้การหลังคอร์ติซอลมากขึ้น และกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัวมากขึ้น ถ้าดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 2 ออนซ์ จะยิ่งทำให้มีการหลังคอร์ติซอลมากขึ้น มีผลให้แคลเซียมในเลือดสูงขึ้น แคลเซียมทำให้หลอดเลือดมีความไวในการกระตุ้นและหดตัวมากขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ในขณะที่เดียวกันคอร์ติซอลจะกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น (มัทนา ประทีปะเสน, 2538: 100-101) จากการศึกษาพบว่า การลดการดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ ส่วนการงดการดื่มชาจะช่วยป้องกันอาการท้องผูก เพราะอาการท้องผูกจะทำให้ต้องใช้แรงเบ่งถ่ายอุจจาระ ซึ่งจะเพิ่มการทำงานของหัวใจ และการงดดื่มกาแฟจะช่วยลดการทำงานหัวใจ จากการศึกษาพบว่า การดื่มกาแฟประมาณ 2-5 ถ้วย ต่อวันสามารถมีผลต่อหัวใจ และถ้าดื่มเพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532: 113)

1.2. การออกกำลังกายและการพักผ่อน

การออกกำลังกายมีความสำคัญต่อการทำงานของหัวใจ การออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ช่วยลดอุบัติการณ์ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำใหม่ และลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลงได้ และช่วยเพิ่มคุณภาพความเป็นอยู่ของชีวิต (เกษม วัฒนชัย, สมชาย หรรษคุณาชัย, อภิชาติ สุคนธ์สรรพ และ นพรัตน์ ณะชัยพันธ์, 2531: 12) ผลของการออกกำลังกายช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของหัวใจให้ดีขึ้น ทำให้หัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 และกล้ามเนื้อหัวใจสามารถใช้ออกซิเจนได้มากขึ้น นอกจากนี้ผลของการออกกำลังกายทำให้มีการเพิ่มของอินซูลิน การเพิ่ม glucose tolerance และ insulin sensitivity ทำให้มีการลดระดับของไตรกลีเซอไรด์ และระดับของ very low density cholesterol ทำให้เพิ่มระดับ HDL ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง และความดันโลหิตลดลง (สุเอ็ด คชเสนีย์, 2531: 340) ผลการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การออกกำลังกายจะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Stattery, Jacob, and Nichaman, 1989: 304-311) ลดแรงดันโลหิต เพิ่ม HDL ป้องกันโรคอ้วน และลดความเครียด (ชูศักดิ์ พงษ์พานิช, 2539: 29)

แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดว่าโรคหัวใจเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และการทำงาน เมื่อเป็นแล้วจะต้องอยู่พักนิ่ง ๆ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อต่างๆ ที่ทำให้เพิ่มข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอาการของโรคไม่แน่นอน ซึ่งสามารถมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ ทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าออกกำลังกายกลัวจะเกิดอุบัติเหตุ หรืออาการผิดปกติต่าง ๆ (สายฝน จับใจ, 2540) หรือกระทบกระเทือนการทำงานของหัวใจ (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และธนา นิลชัยโกวิทย์, 2531: 486) ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องนัก จากการศึกษาของ Posner และคณะ (1990) พบว่า การออกกำลังกายจะมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจ Morrissey และ Baldman (1987: 138 - 140) กล่าวว่า หลักสำคัญในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ ควรออกกำลังกายโดยเริ่มจากน้อย ๆ เบา ๆ ในตอนแรกตามกำลังที่พอทำได้ แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ ช้า ๆ และไม่ควรรอกกำลังกายที่หักโหมหรือหนักจนเกินไป ซึ่งจะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่ทัน ไม่ควรรอกกำลังกายที่เป็นการแข่งขัน การเตะ หรือยกของหนัก และควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 - 4 ครั้ง ครั้งละ 20 - 30 นาที โดยเริ่มด้วยการอบอุ่นร่างกายก่อนประมาณ 5 - 10 นาที เพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อม และหลังออกกำลังกายทุกครั้ง ไม่ควรหยุดออกกำลังกายทันที ควรบริหารร่างกายต่ออีกประมาณ 5-10 นาที เพื่อผ่อนคลาย ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และเพื่อให้หัวใจกลับเข้าสู่ภาวะการเต้นอย่างปกติก่อนหยุด (cool - down) ในขณะออกกำลังกายผู้สูงอายุควรจะต้องตรวจเช็คชีพจรขณะออกกำลังกายด้วย และปรับความแรงของการออกกำลังกายตามอัตราการเต้นของหัวใจได้ตามต้องการ ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที และขณะออกกำลังกายผู้สูงอายุควรดื่มน้ำเพื่อป้องกันความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากสูญเสียเหงื่อ

การออกกำลังกายสามารถทำได้โดยมีหลักทั่วไป คือ มีการลดขยายของกล้ามเนื้อ มีการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ เร็วหรือช้า หรือค่อยเป็นค่อยไปตามชนิดและวิธีการของการออกกำลังกายชนิดนั้นๆ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (สุรางค์ไคว้ตระกูล, 2537: 17; ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532) คือ

1. การออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

- 1.1 Isometric exercise คือ การออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ โยกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาวเพียงเล็กน้อย แต่มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เช่น การเกร็งของกล้ามเนื้อ การดันของหนัก และการออกแรงดึง การออกกำลังกายชนิดนี้จะทำ

ให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น และทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จึงไม่เหมาะกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1.2 Isotonic exercise คือ การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาว จึงทำให้เกิดการเคลื่อนไหว (dynamic exercise) การออกกำลังกายชนิดนี้จะช่วยให้มีการใช้ออกซิเจน และมีการขนส่งออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น (aerobic exercise) เช่น การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน ซึ่งเหมาะกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าชนิดแรก

2. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

2.1 Aerobic exercise คือ การออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมาก โดยสม่ำเสมอและติดต่อกัน เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้มีความยืดหยุ่น และเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับความต้องการมีสุขภาพดี (fitness) เกิดความคล่องแคล่วว่องไว และการทรงตัวที่ดี เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การเดิน เป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้สูงอายุควรเริ่มเดินช้า ๆ ระยะเวลาสั้น ๆ และเพิ่มความเร็ว ระยะทาง เวลาเพิ่มขึ้นในภายหลัง การเดินควรเดินในทางเรียบ และในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายด้วยการเดินในช่วงเช้า และช่วงเย็นวันละ 45 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน จะมีผลต่อการลดระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอลในเลือด และไตรกลีเซอไรด์ ในผู้สูงอายุเพศหญิง โดยการออกกำลังกายด้วยการเดินในช่วงเช้า จะมีผลต่อการลดระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล ส่วนการออกกำลังกายด้วยการเดินในช่วงเย็น จะมีผลต่อการลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (นิรันดร์ ชาวเมืองหัก, 2536: 91)

2.2 Anaerobic exercise คือการออกกำลังกายที่ไม่ได้ใช้ออกซิเจนอย่างสม่ำเสมอ หรือใช้แต่น้อย จะใช้มากเป็นพักๆ ได้แก่ การเล่นฟุตบอล เทนนิส หรือเป็นกีฬาที่ใช้ความเร็วทันทีทันใด การออกกำลังกายชนิดนี้ต้องใช้แรงมาก ทำให้หัวใจ และปอดทำหน้าที่เพิ่มขึ้น จึงเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและการผ่อนคลาย (Flexibility and relaxation activity) เป็นการออกกำลังกายที่กระทำซ้ำๆ กันคล้ายการยืด (stretching) กล้ามเนื้อและเอ็น เพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้เต็มที่ เป็นส่วนหนึ่งของการออกกำลังกายในระยะอบอุ่นร่างกาย และระยะผ่อนคลาย ได้แก่ การออกกำลังกายแบบโยคะ และการรำมวยจีน จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายโดยการรำมวยไทเก๊กจะมีผลต่อการลดระดับโคเลสเตอรอลในผู้สูงอายุเพศหญิง (ยุวีพรรณ ชัยได้สุข, 2539: 62)

การออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีข้อควรระวัง คือ (นิตยา ภาสุนันท์ 2529: 18-19; Esberger and Hughes, 1989: 248; Wade and Waters, 1996: 225)

- 1) ควรมีวิธีการหรือระยะทางมาตรฐานสำหรับทดสอบในแต่ละสัปดาห์เพื่อทราบสมรรถภาพของร่างกาย
- 2) ถ้าจะออกกำลังกายภายหลังอาหารมื้อหนัก ต้องห่างจากมื้ออาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง แม้แต่การเดินก็ไม่ควรทำภายใน 1 ชั่วโมงหลังอาหาร
- 3) การออกกำลังกายควรมีความสม่ำเสมอต่อเนื่องกันโดยตลอด แม้ในระหว่างวันหยุดก็ไม่ควรหยุด หรือออกกำลังกายเพิ่มมากกว่าปกติ
- 4) ถ้ารู้สึกไม่สบายหรือเหนื่อย เช่น เป็นหวัด หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่ควรออกกำลังกาย ควรรอให้หายเสียก่อน
- 5) หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อนหรือน้ำเย็นทันทีก่อนและหลังการออกกำลังกาย เพราะการอาบน้ำเย็นจะทำให้หลอดเลือดหัวใจหดเกร็ง เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ และการอาบน้ำร้อนจะทำให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลง
- 6) ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก ใจสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ระหว่างออกกำลังกาย ควรลดความเร็วลงก่อน ถ้าไม่ดีขึ้นต้องหยุดพักทันที และในระหว่างการออกกำลังกายควรมียาไนโตรกลีเซอรินเตรียมไว้ด้วย

การพักผ่อนทางร่างกาย นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพราะจะทำให้หัวใจได้พัก โดยเฉพาะการนอนหลับซึ่งควรมีการพักผ่อนอย่างเต็มที่ประมาณวันละ 10-12 ชั่วโมง (สมชาติ โสจายะ และบุญชอบ พงษ์พานิช, 2536: 743) แต่เนื่องจากแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไปทั้งในด้านปริมาณ และคุณภาพ กล่าวคือ ระยะชั่วโมงการนอนสั้น ตื่นง่าย หลับยาก และชอบนอนงีบตอนกลางวัน (เกษม และกุลยา ตันตินลาชีวะ, 2528: 45) ซึ่งระยะการนอนหลับในผู้สูงอายุในตอนกลางคืนควรนอนหลับ 6 - 8 ชั่วโมง และนอนหลับในตอนกลางวัน 1 ชั่วโมง ในกรณีที่หลับยาก อาจส่งเสริมการนอนหลับให้ง่ายขึ้นด้วยการจัดสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ สบาย รวมทั้งอุปกรณ์ในการนอนหลับ เช่น หมอน ที่นอน ที่สามารถรองรับส่วนต่างๆของร่างกายได้พอเหมาะ นอกจากนี้สามารถส่งเสริมการนอนหลับ ด้วยการออกกำลังกายเพื่อคลายความเครียด แต่การออกกำลังกายไม่ควรทำก่อนเวลานอน และดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ เช่น นมสด น้ำผลไม้ หรือสวดมนต์ ทำสมาธิก่อนนอนจะช่วยให้หลับได้ง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ควรทานยานอนหลับ หรือยาระงับ

ประสาทโดยไม่จำเป็น เพราะฤทธิ์ของยาจะไปขัดระยะของการนอนหลับ ทำให้หลับได้ไม่เต็มที่ ควรใช้เมื่อจำเป็น และอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์

1.3. การจัดการกับความเครียด

ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เนื่องจากความเครียดมีผลทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น และหลั่งอะดรีนาลีนออกมา ทำให้หัวใจเต้นเร็วจนเป็นอันตราย วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ ได้แก่การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ มลภาวะต่าง ๆ อุบัติเหตุ ความรีบเร่ง ความเบื่อน่าย นอกจากนี้อาจจะเกิดจากปัญหาครอบครัว จากบุตรหลาน แยกครอบครัวไปทำงาน สามี/ภรรยา ญาติใกล้ชิดตายจากไป หรือปัญหาทางเศรษฐกิจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุต้องมีรายได้ลดลง และไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม และเมื่อต้องเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้ผู้สูงอายุต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นกับการรักษาโรคที่เรื้อรัง (Ebersole and Hess, 1994) นอกจากนี้ ปัญหาทางสังคม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งโดยอาศัยอยู่ตามลำพังมากขึ้น และจากสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลงตามวัย การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวที่มีข้อจำกัดเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้อื่นหรือสังคมมองผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ไม่มีความสามารถ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ถ้าเกิดความเครียดบ่อย ๆ และนาน ๆ โดยไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ ก็จะส่งผลถึงการเกิดโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงได้ ดังนั้นผู้สูงอายุควรทราบสาเหตุของสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เพื่อจะได้หลีกเลี่ยง หรือรู้วิธีจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม การจัดการกับความเครียด มีหลายวิธี เช่น การผ่อนคลาย (Relaxation) เป็นการกระทำเพื่อให้จิตใจและร่างกายปราศจากความทุกข์ หรือทำให้ระดับความตึงเครียดลดลงต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้ในขณะที่ทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง แบ่งเป็น

- 1) การผ่อนคลายแบบสแตติก (Static relaxation) หรือการผ่อนคลายที่ใช้พลังงานน้อยหรือการทำสมาธิ (Meditation) เป็นการผ่อนคลายทางจิตใจและร่างกายช่วยให้บุคคลมีความตระหนักในการรู้สึกตัวหรือมีสติมากขึ้น รวมถึงการมีสมาธิในการแก้ปัญหา การตัดสินใจ การวิเคราะห์ความเครียดของตนเองว่าอยู่ในระดับใด (Self - analysis) และมีความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา การผ่อนคลายสแตติกมีองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ ต้องให้ร่างกายอยู่ในที่สงบเงียบไม่ถูกรบกวน ร่างกายผ่อนคลาย เช่น นิ่งในท่าที่สบาย มีท่าที่ผ่อนคลายในขณะที่ทำสมาธิ และควรมีจุดสนใจอยู่ที่หนึ่งที่ได้ เช่น การกล่าวคำใดคำหนึ่งหรือการสูดลมหายใจ

2) การผ่อนคลายแบบไดนามิก (dynamic relaxation) หรือการทำสมาธิ ด้วยการเคลื่อนไหวโดยไม่มีความตึงเครียดทางอารมณ์ โดยมุ่งสนใจในสิ่งที่กระทำ รับรู้ สถานการณ์มุ่งที่จะทำกิจกรรมนั้น ๆ ให้เสร็จโดยไม่มี ความกลัว กระวนกระวาย ความโกรธ หรือความทุกข์ใด ๆ สามารถทำได้กับทุกกิจกรรม เช่น การล้างจาน การขับรถ การทำงาน บ้านต่างๆ การผ่อนคลายแบบนี้ ต้องใช้การฝึกฝนจนเกิดทักษะที่สามารถใช้กับกิจกรรมต่างๆ ของการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน จิตใจตื่นตัว มีความเชื่อมั่นในตัวเองและเพิ่มความสามารถทางด้านความคิดและการสร้างสรรค์

3) การผ่อนคลายในเวลาว่าง หรือการพักผ่อนหย่อนใจ (leisure relaxation) เช่น การฟังเพลง การเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ อ่านหนังสือ เป็นวิธีที่ดีที่สุด ในการจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันและส่งเสริมความผาสุก

4) การออกกำลังกาย เป็นเทคนิคที่ช่วยลดความเครียดได้ดี จะเป็นการปลดปล่อยทางธรรมชาติ สำหรับการตอบสนองต่อความเครียดโดยการเคลื่อนไหวจากการออกกำลังกาย จะเป็นการช่วยถ่ายเทผลของความเครียดให้น้อยลง นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ มีความมั่นใจในตัวเองเพิ่มขึ้น เพิ่มความสามารถทางสติปัญญาและทำให้ชีวิตราบรื่น

จินตนา ยูนิพันธ์ (2523 อ้างถึงใน ขวัญใจ ต้นติวิวัฒนเสถียร, 2534: 49) กล่าวว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะเครียดมากมาย ทำให้ผู้สูงอายุต้องจัดการ หรือปรับตัวเพื่อให้คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี ผู้สูงอายุจึงมีการใช้กลไกทางจิตร่วมด้วย เช่น การเก็บกดทางอารมณ์ (repression) การไม่ยอมรับความจริง ซึ่งกลไกทางจิตเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสบายใจ และรักษาภาวะสมดุลของสุขภาพในระยะสั้นเท่านั้น ไม่ใช่การจัดการกับความเครียดที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาคือถูกต้อง

1.4. การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป

การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้ตนเองปลอดภัยจากอันตรายของโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลีกเสี่ยงและงดเว้นกิจกรรมที่ทำให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุควรกระทำ เช่น การงดสูบบุหรี่ การรับประทานยาอย่างถูกต้อง รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ

การงดสูบบุหรี่ บุหรี่ มีสารนิโคตินที่จะกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ผ่น้ำหลอดเลือดหดตัว รุนหลอดเลือดแดงจะแคบลง ความต้องการออกซิเจนจะสูงขึ้น และผลของนิโคตินทำให้มีการหลั่งแคททีโคลามีนเพิ่มขึ้น ยิ่งทำให้โคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้น

เพิ่มการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Fleury, 1992: 205-232) การงดสูบบุหรี่จะลดโอกาสการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจได้ 50 เปอร์เซ็นต์ในปีแรก และลดลงเท่ากับคนไม่สูบบุหรี่ในระยะ 2-10 ปี นอกจากนี้ การงดสูบบุหรี่จะสามารถเพิ่ม HDL ได้ประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ใน 1 เดือน และยังลด platelet aggregation ด้วย (Kamel, 1987: 1006-1010)

การใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนับเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้สูงอายุจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างถูกต้อง ร่วมกับมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีจึงจะสามารถยับยั้งมิให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากยาที่ใช้รักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะทำให้เกิดผลข้างเคียงกับผู้สูงอายุได้บ่อย จากสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง จะส่งผลต่อการใช้ยา ทั้งการดูดซึม การกระจายตัว การขจัด และการออกฤทธิ์ของยา (วิทยาดันสุวรรณนนท์, 2531: 872-877) ดังนั้นผู้สูงอายุควรมีความรู้ในเรื่อง ขนาด คุณสมบัติ ฤทธิ์ข้างเคียง วิธีการใช้ยาเพื่อช่วยให้เข้าใจและเห็นความสำคัญของการต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ผู้สูงอายุควรรับประทานยา ให้ถูกต้อง ตรงตามขนาด และเวลาอย่างสม่ำเสมอ ไม่ควรหยุดยาหรือปรับเปลี่ยนขนาดยาเอง และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาคือชนิดอื่นที่แพทย์ หรือพยาบาลไม่แนะนำ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้ และต้องเรียนรู้วิธีการอมยาได้ลิ้นที่ถูกวิธี โดยปฏิบัติดังนี้ (Esberger and Huges, 1989: 253)

- 1) เมื่อเดินทางออกจากบ้าน จะต้องนำยาติดตัวไปด้วยเสมอ
- 2) ควรอมยาก่อนที่จะเริ่มมีกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก ๆ เช่น ขับถ่าย อุจจาระ โดยอมยาไว้ใต้ลิ้นจนยาละลายหมดจึงกลืนน้ำลาย
- 3) เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก ให้อมยาใต้ลิ้นทันที หยุดกิจกรรมและนอนพัก สำหรับท่าที่เหมาะสมในการอมยา คือ ท่านอนศรีษะสูงประมาณ 45 องศา นอนพักประมาณ 10 นาที ถ้าอมยา 1 เม็ดแล้วอาการไม่ดีขึ้นให้อมซ้ำได้อีก 1 เม็ด โดยห่างจากเม็ดแรก 5 นาที แต่เนื่องจากยามีแนวโน้มทำให้ความดันโลหิตต่ำลง จึงไม่ควรอมยาติดต่อกัน 3 เม็ด และเมื่อครบแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น ควรรีบไปพบแพทย์ทันที
- 4) การเก็บรักษา ควรเก็บยาไว้ในขวดสีเข้มและให้ขวดยาห่างจากแสงแดดและความร้อน ยาจะมีอายุ 6 เดือน ถ้าเกินระยะเวลานี้ควรเปลี่ยนยาใหม่
- 5) การประเมินประสิทธิภาพของยา ถ้าขณะที่อมยาสังเกตพบว่าไม่มีอาการชา หรือชาใต้ลิ้น แสดงว่ายานั้นเสื่อมคุณภาพ หรือยาหมดอายุไม่ควรใช้ต่อไป

เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกในผู้สูงอายุจะแสดงให้เห็นไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุบางคนไม่ทราบว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุละเลยต่อการดูแลรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น ผู้สูงอายุควรให้ความสนใจต่อการสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น อาการจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ อาการหายใจไม่สะดวก ให้รีบอมยาได้ลิ้นทันที และเมื่ออมยาได้ลิ้นแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

1.5 การขับถ่าย

อาการท้องผูกเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุ การจำกัดการทำกิจกรรม และผลข้างเคียงของยา (Lueckenotte, 1996: 521) ในทางการแพทย์ให้ความหมายของอาการท้องผูกว่า คือการถ่ายอุจจาระที่ระยะของการถ่ายแต่ละครั้งห่างขึ้นจากที่เคยเป็นปกตินิสัย แต่ปกตินิสัยการถ่ายอุจจาระมีช่วงที่แตกต่างกัน คนส่วนใหญ่จึงเข้าใจว่าการถ่ายอุจจาระที่ปกตินั้นคือการถ่าย วันละ 1 ครั้ง จากการศึกษาพบว่า 98 เปอร์เซ็นต์ของประชากรจะมีนิสัยปกติของการถ่ายอุจจาระวันละ 3 ครั้ง ถึงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (Ebersole and Hess, 1994) ดังนั้น การประเมินอาการท้องผูกจึงเป็นการประเมินนิสัยการขับถ่ายของตัวเอง

ถึงแม้ว่าอาการท้องผูกจะเป็นปัญหาที่พบได้ง่าย และเป็นเรื่องธรรมดาของผู้สูงอายุ แต่อาการท้องผูกทำให้ต้องออกแรงเบ่งอุจจาระ ซึ่งส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น และอาจทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้นได้ ดังนั้น การป้องกันอาการท้องผูกจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยยับยั้งความรุนแรงของโรค

จากการศึกษาของ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534) และสุดา วิไลเลิศ (2536) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเกิดอาการท้องผูก จะรับประทานยาระบายก่อนการรับประทาน ผัก ผลไม้ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และอาการท้องผูกมักเกิดจากความละเลยต่อการถ่ายอุจจาระ ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการสร้างสุขนิสัยในการ ขับถ่าย และมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันอาการท้องผูก ได้แก่

1) การรับประทานอาหารที่มีกากมากขึ้นเป็นประจำทุกวัน เช่น ผัก ผลไม้ต่าง ๆ และควรเลือกผลไม้ที่มีคุณสมบัติช่วยขับถ่าย รับประทานเสริมเป็นครั้งคราว เช่น มะละกอ กัลยัม ส้ม มะเขือเทศ

2) ดื่มน้ำให้มากพอในแต่ละวัน คือประมาณวันละ 6 - 8 แก้ว เนื่องจากน้ำเป็นส่วนประกอบสำคัญของร่างกายที่ช่วยในการขับถ่ายของเสีย การดื่มน้ำมากพอในแต่ละวัน จะคงสภาพการทำงานในด้านการขับถ่ายให้เป็นปกติ

3) ใช้ส้วมแบบโถนั่งห้อยเท้าได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุลุกและนั่งได้ง่าย และควรมีราวยึดเกาะเพื่อพยุงตอนลุกนั่ง เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย การขยับถ่ายจะดีขึ้น

4) ฝึกหัดการออกกำลังกาย กล้ามเนื้อหน้าท้อง และพื้นเชิงกราน เพื่อให้ตั้งตัวและหดตัวได้ดี โดยการฝึกเกร็งกล้ามเนื้อสะโพก และขมิบบริเวณฝีเย็บเพื่อสร้างความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้มีกำลังในการขยับถ่าย

การปฏิบัติตนเพื่อการยับยั้งความรุนแรงของโรค ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน การจัดการกับความเครียด การดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไป และการขยับถ่าย เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องทำเป็นประจำ หรือเป็นกิจวัตรประจำวัน จะช่วยป้องกันมิให้พยาธิสภาพของโรครุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บหน้าอก และช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น แต่จากสภาวะการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางเสื่อมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ได้มากกว่าคนอื่นๆ ดังนั้นนอกจากผู้สูงอายุจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมที่จะช่วยยับยั้งความรุนแรงของโรคแล้ว การกระทำกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพตนเองให้มีความสมบูรณ์ แข็งแรง นับเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุควรจะต้องทำควบคู่ไปด้วยเพราะการขาดการเอาใจใส่ดูแลรักษาสุขภาพจะยิ่งทำให้ภาวะการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น

2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

บุคคลทุกเพศ ทุกวัย จะมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงอยู่ได้เสมอนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเป็นสำคัญ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากขึ้น และเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยตลอดเวลา การกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพราะการดูแลส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย และอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ กิจกรรมที่ผู้สูงอายุควรกระทำในการส่งเสริมสุขภาพ คือ

2.1 การปฏิบัติบัตกิจวัตรประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหมายถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็นต้องมี ได้แก่ การดูแลสุขภาพสะอาดของร่างกาย ด้วยเหตุที่

ผู้สูงอายุมีความต้านทานโรคต่ำกว่าคนในวัยหนุ่มสาว การรักษาความสะอาดจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่ง มิฉะนั้นจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย พฤติกรรมในการทำความสะอาด มีดังนี้

การดูแลผิวหนัง เนื่องจากผิวหนังของผู้สูงอายุจะบางและไวต่อการกดทับ และการบาดเจ็บต่าง ๆ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรอาบน้ำวันละ 1 - 2 ครั้ง ด้วยสบู่ชนิดอ่อนและน้ำที่ใช้อาบควรเป็นน้ำอุ่น เนื่องจากน้ำเย็นจัดจะมีผลทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่งผลให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ง่าย และดูแลผิวไม่ให้แห้ง โดยใช้ครีมทาผิวเพื่อลดการระคายเคือง

ปากและฟัน ผู้สูงอายุมักจะมีการเสื่อมของโครงสร้างฟัน ทำให้ฟันหลุดร่วงง่าย การดูแลสุขภาพปากและฟัน คือ การรักษาความสะอาดปาก ฟัน ด้วยการบ้วนปาก หรือแปรงฟัน เช้า เย็น หรือทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร นอกจากนี้ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจเช็คฟันอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง เพราะถ้าเกิดปัญหาเรื่องฟันผุ หรือการติดเชื้อในช่องปากจะสามารถแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่หัวใจได้ง่าย

ผม ไม่ควรสระผมบ่อย เพราะหนังศีรษะจะแห้ง ควรสระผมสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง

มือ เท้า และเล็บ มือต้องได้รับการดูแลให้สะอาด เล็บตัดสั้น เท้าต้องดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นอวัยวะสำคัญที่ใช้ในการเคลื่อนไหว การดูแลทำได้โดย ตัดเล็บเท้าให้สั้น เลือกใส่รองเท้าที่เหมาะสมกับเท้าและสวมสบาย

2.2 การจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

สภาพแวดล้อมจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักมีอำนาจในการเลือกจัดการกับสิ่งแวดล้อมน้อยลง โดยเฉพาะในสังคมปัจจุบันสภาพแวดล้อมได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีเทคโนโลยีใหม่ ๆ และมลภาวะต่าง ๆ ที่เป็นพิษมากขึ้น ทั้งอากาศ น้ำ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็สามารถที่จะเรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง และหลีกเลี่ยงมลภาวะเป็นพิษต่าง ๆ นั้นได้ เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของตน (ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร, 2534: 46) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ผู้สูงอายุต้องจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การจัดสภาพที่อยู่อาศัยให้สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน รวมทั้งการเคลื่อนไหวของกระดูกและข้อ ลดลงจากการเปลี่ยนแปลงของความสูงอายุ ดังนั้นภายในที่พักควรมีการจัดวางเครื่องใช้ต่าง ๆ อย่างเป็นระเบียบ และไม่มีสิ่งกีดขวางตามทางเดิน และมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก มีแสงสว่างเพียงพอที่จะมองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน และไม่มีเสียงดังเกิน 85 เดซิเบล การจัดที่นอนตามสภาพที่เหมาะสม คือ ไม่นุ่มหรือแข็งเกินไป ควรยกสูงจากพื้นพอประมาณ เท้าห้อย

แตะพื้นได้เพื่อลุกนั่งได้สะดวก นอกจากนี้การจัดให้ส้วมซึ่งมีลักษณะที่ส่งเสริมให้มีการขับถ่ายได้สะดวกขึ้น คือ ควรมีลักษณะเป็นส้วมโถนั่งเพื่อช่วยให้การลุกนั่งได้สะดวก มีราวยึดสำหรับเกาะเพื่อพยุงเวลาลุกยืนหรือนั่งด้วย พื้นห้องน้ำจะต้องแห้งและไม่ลื่น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดควรหลีกเลี่ยงการก้าวขึ้นลงบันได หรือที่สูงชัน เพราะจะทำให้เกิดการเกร็งกล้ามเนื้อ และต้องใช้แรงมาก ส่งผลให้หัวใจและปอดทำหน้าที่เพิ่มขึ้น

2.3 ความสนใจในสุขภาพและการใช้แหล่งบริการทางสุขภาพ

ความสนใจหรือใส่ใจเป็นพลังงานเฉพาะ หรือศักยภาพหนึ่งภายในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ในวัยสูงอายุสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ความใส่ใจในเรื่องสุขภาพของตน จึงเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควรจะมีพฤติกรรมการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนต่าง ๆ โดยการสนใจรับฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่โรงพยาบาลจัดไว้ให้ การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ญาติมิตร หรือเพื่อนบ้านเพื่อค้นหาวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้กับตนเอง และเนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ จะแสดงอาการออกมาไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุจึงต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง และมีความสม่ำเสมอในการไปตรวจตามนัด เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจัดเป็นโรคที่ต้องการการรักษอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามผล และประเมินผลการรักษา โดยได้รับการนัดหมายไว้ ตรวจตามนัดช่วงเวลาที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค แต่ในกรณีที่ผู้สูงอายุ เกิดความผิดปกติจากการไ้ยา หรือมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง แม้จะใช้ยาขยายหลอดเลือดหรือรับประทานยาแล้วยังไม่ได้ผล ผู้สูงอายุต้องรีบไปพบแพทย์ทันที เพราะอาการ ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจอาจทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน (sudden death) ได้ ในบางครั้งการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่เคยรักษาเป็นประจำอาจไม่ทันท่วงที ผู้สูงอายุควรมีการเลือกแหล่งบริการทางสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน และบอกให้บุคคลในบ้านทราบด้วยเมื่อมีอาการของโรครุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน จะได้สามารถไปรักษาได้ทันท่วงที

การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวข้างต้นเป็นสิ่งที่จะต้องจำเป็นอย่างมากต่อผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้มีความแข็งแรงสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งจะช่วยเพิ่มความต้านทานต่อโรคอื่นๆ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากความเสื่อมโทรมของร่างกาย และส่งผลให้ภาวะโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือดมีความรุนแรงขึ้นได้ และเนื่องจาก กาย จิต สังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เมื่อร่างกายเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อ จิตใจ และสังคมของบุคคลด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นอกจากจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการยับยั้งความรุนแรงของโรค ด้านการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควรมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในด้านการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่มีความสุข และอยู่ในสังคมได้ด้วยดี จึงจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีทั้ง ร่างกาย จิตใจ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3. ด้านการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่มีความสุขและอยู่ในสังคมได้ด้วยดี

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะมีผลกระทบต่อจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2533: 11-12) เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มักพบปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ เช่น ความรู้สึกกลัว วิดกกังวล จากอาการแสดงของโรคที่มีอาการไม่แน่นอน ทำให้รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม และรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง (ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล และ ธนา นิลชัยโกวิทย์, 2531: 486) ผู้สูงอายุบางคนอาจรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม หรือควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งผู้สูงอายุอาจมีพฤติกรรมการแสดงออกมาในลักษณะของอาการห่อหุ้ม เบื่อหน่าย รู้สึกผิด และแยกตัวออกจากสังคม จากการศึกษาของ สายฝน จัปใจ (2540: 85) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ที่บุตรหลานต้องคอยพาตนเองไปตรวจรักษา และจะมีสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่นน้อย ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน และถูกแยกออกจากสังคม ตามทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนกับวัยกลางคน ผู้สูงอายุยังมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม Barrow และ Smith (1979: 53) กล่าวว่า บุคคลที่มีกิจกรรมมากจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุที่มีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขจะต้องเป็นผู้ที่สามารถดำเนินกิจกรรมในสังคมไว้ได้โดยไม่ตีตัวออกห่าง นอกจากนี้การมีกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังคงมีบทบาท และสถานภาพในสังคม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับ (Ebersole and Hess, 1994) จากการศึกษาของ นงลักษณ์ บุญไทย (2539) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับบุตรหลานกับเพื่อน

แต่จากทฤษฎีการถอยห่าง (disengagement theory) เชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุพยายามแยกตัวเองออกจากสังคม เป็นการลดความตึงเครียดและเปิดโอกาสให้คนหนุ่มสาวเข้ามามีบทบาทแทน ซึ่งจะเห็นได้ว่า 2 ทฤษฎีนี้จะมีความขัดแย้งกันอยู่ ซึ่งในทฤษฎีของผู้วิจัยมีความคิดเห็นสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม เพราะการที่บุคคลจะคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่มีความสุขและอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ควรจะต้องมีบทบาทหรือมีกิจกรรมในสังคม และจะต้องมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง หรือมีการยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตนเองด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดควรมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สนับสนุนการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่มีความสุขและอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ด้วยการกระทำกิจกรรมดังนี้

3.1 การยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน

การยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเองมีความสำคัญและมีคุณค่าในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่ง (ลดาวัลย์ ผาสุข, 2535: 46) ในสภาพปัจจุบันผู้สูงอายุมักจะถูกมองด้วยภาพลบ เช่น หูตึง ซ้ำลิ้ม ไม่คล่องแคล่วในขณะที่เคลื่อนไหว สิ่งเหล่านี้เป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลงไป (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2533: 15-16) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตนจะยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ถึงแม้ว่าจะไม่เด่นชัด แต่จากความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย การถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม การสูญเสียความเป็นอิสระและมีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความสูญเสียอำนาจ ทำให้รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่าได้ เพราะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการสูญเสีย โดยเฉพาะการสูญเสียความสมดุลจากร่างกาย เพราะร่างกายของบุคคลเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นปลอดภัย และมีคุณค่าในตนเอง (Roberts, 1978: 267- 268, Robinson, 1990: 785 อ้างถึงใน รวีวรรณ ยศวัฒน์, 2535: 27) จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเพื่อการเผชิญกับภาวะต่างๆ ที่มาคุกคาม ถ้าสามารถปรับตัวได้เหมาะสมจะมีพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงความมั่นคงทางจิตใจ ยอมรับภาวะการเจ็บป่วย กระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มีความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและแสวงหาแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม แต่ถ้าผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ จะแสดงพฤติกรรมต่างๆที่ไม่เหมาะสม คือ ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง และแยกตัวออกจากสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ยอมรับในควมมีคุณค่าแห่งตน จะเป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติ

กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง มีความพึงพอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ และรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสังคม

3.2 การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ต้องอยู่รวมกันในสังคม ไม่มีใครสามารถอยู่คนเดียวในโลกได้ ชีวิตจะมีความหมายและมีชีวิตชีวาเมื่อมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ยิ่งอายุมากขึ้น ยิ่งจำเป็นที่จะต้องพยายามคงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นไว้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2536: 47) การคงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน จะทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน คลายเหงารวมถึงการช่วยทำกิจกรรมบางอย่างที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ จากการศึกษาพบว่า การขาดการสนับสนุนที่ดีจากสังคมจะทำให้มนุษย์เกิดโรคได้ง่าย แต่ถ้าได้รับการสนับสนุนจากสังคมและเอาใจใส่จากสังคมจะทำให้มีสุขภาพดี และมีอายุยืน (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532: 222 - 229)

ผู้สูงอายุควรมีสัมพันธภาพอันดีกับสามี ภรรยา หรือลูกหลานที่อยู่บ้านเดียวกัน หรือลูกหลานที่แยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก โดยมีการไปมาหาสู่กันหรือติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ ส่วนความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านก็เป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะเพื่อนที่เคยร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมาจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมาก การคงความเป็นเพื่อนด้วยการไปมาหาสู่กัน มีการทำบุญ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หรือรวมกลุ่มงาน ได้พูดคุยปรึกษาหารือปัญหาหรือเรื่องที่สนใจร่วมกัน ยอมให้เพื่อนได้ช่วยเหลือและให้ความช่วยเหลือเมื่อเพื่อนต้องการ จะเป็นสิ่งที่สร้างความรู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพอสรุปได้ว่า ในการลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมในผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้นั้น ผู้สูงอายุต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อการยับยั้งความรุนแรงของโรค ในขณะที่เดียวกันจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงของอายุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยต่างๆ ได้ง่าย ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้วย และเนื่องจาก กาย จิต สังคมเป็นองค์ประกอบที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ดังนั้นการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่คงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่มีความสุขและอยู่ในสังคมได้ด้วยดี จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดด้วยเช่นกัน ซึ่งการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมใน 3 ด้านดังกล่าว จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขใน ชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แต่การจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายปัจจัย ซึ่งพยาบาลจะต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย

5. ปัจจัยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

Pender (1987) กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ ศาสนา เชื้อชาติ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลทางอ้อม โดยผ่านปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่เลือกศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ

5.1.1 เพศ

เพศ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2532) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง มีอายุยืนยาว ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุเพศชาย และพบว่า ผู้สูงอายุก่อนหน้านี้มีการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง และสม่ำเสมอว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่แข็งแรง และจากการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 113) ซึ่งศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ตันติวัดมนเสถียร (2534) ได้ศึกษาพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพบว่าเพศชายมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 แต่มีการศึกษา ที่พบว่าเพศหญิงมีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย (Muhlenkamp, and Sayles, 1986: 334-338 ; Walker, Sechrist, and Pender, 1988: 76 - 90 ; Johnson, 1991: 15-19) ส่วน Speak, Cowart และ Pellet (1989: 93-100) ศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

5.1.2 ระดับการศึกษา

Orem (1985) กล่าวว่า การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดี บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อย จะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย (จรรยา สุวรรณทิต, 2527) บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะสนใจค้นคว้าอยู่เสมอ มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสังคมต่างๆ ได้ ผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อยจะเป็นอุปสรรคต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมรอบตัว ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2532: 62) และส่งผลต่อการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมได้ จากการศึกษาของ ดวงพร

รัตนอมรชัย (2535: 132) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Muhlenkamp และ Broerman (1988: 643) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีผลกระทบโดยตรงต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต

5.1.3 เศรษฐฐานะ

เศรษฐฐานะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต Pender (1987) กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพ ในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมสูง จะมีรายได้สูง ซึ่ง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้ อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองได้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคไปตลอดชีวิต ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การเงินของผู้สูงอายุ ประกอบกับแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ อาจจะมาจาก บุตรหลาน จากเงินบำนาญ จากค่าเช่าทรัพย์สิน หรือบางรายไม่มีรายได้เลย ย่อมส่งผลกระทบต่อการมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมได้ จากการศึกษาของ มยุรฉานพรพันธุ์ (2534) พบว่า ฐานะทางการเงิน และความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของ ทิพวัลย์ ชาวสำอางค์ (2535: 192) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) มลลณี ชูเนตร (2538) และ Walker, Sechrist, และ Pender (1988: 76 - 90) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ แต่จากการศึกษาของ Speak, Cowart และ Pellet (1989: 93-100) พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

5.2 การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)

5.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดจากบุคคลใน ครอบครัว และเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลว่า สถาบันที่บุคคล จะต้องเกี่ยวข้องกับด้วยอันดับแรก คือ สถาบันครอบครัวที่สามารถให้การดูแลรักษา ให้การสนับสนุนทางด้านสังคม อารมณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจ ได้ดีกว่าสถาบันอื่น ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่

น้อง และกลุ่มเพื่อน เพียงแค่ความรักความเข้าใจที่มีให้แก่กัน จะทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจากครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และมารับบริการการรักษาอย่างสม่ำเสมอ สนใจที่จะรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ทำให้อาการของโรคดีขึ้นและมีชีวิตอยู่ได้อีกนานขึ้น แนวคิดด้านจิตวิทยาสังคมกล่าวว่า การที่พฤติกรรมของคนจะเกิดขึ้น เปลี่ยนไป หรือคงรูปอยู่ได้นั้นจะได้รับอิทธิพลจากคนอื่น โดยอาจจะเป็นคนเดียวหรือหลายคนก็ได้ มีผู้สนใจเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ซึ่งแต่ละคนได้ให้ความหมายของคำว่า การสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

Cobb (1976: 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจว่ามีบุคคลคอยให้การดูแลเอาใจใส่ มีคนให้ความรัก ให้ความยกย่องนับถือ มีความรู้สึกที่ตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1981 cited in Tilden, 1985: 199-206) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

Weiss (1974: 17-26) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกอึดใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการซึ่งเกิดจากสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในเครือข่ายสังคม

Tilden และ Weinert (1987: 614) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านจิตวิทยาสังคม และด้านร่างกายจากบุคคล หรือจากโครงสร้างของบุคคล และความช่วยเหลือสามารถแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันได้ หรืออาจหมายถึง การที่บุคคลนั้นให้ความช่วยเหลือต่อสังคม

Pender (1987: 396) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับการรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มคนในระบบสังคมนั้น เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิต อารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้เหมาะสม โดยไม่รวมถึงการที่บุคคลจะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่น

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทำให้บุคคลรู้สึกได้รับความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ การยอมรับนับถือ การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนการได้รับวัตถุประสงค์ของคำแนะนำ ข่าวสาร ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้เหมาะสม

แหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แหล่งการสนับสนุนที่เกิดจากกลุ่มบุคคลกลุ่มต่างๆ ซึ่งได้มีผู้ศึกษา และได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมไว้คล้ายคลึงกัน คือ

อุบล นิวัตชัย (2527: 285) ได้อ้างถึงแนวคิดของ Kaplan ในการจำแนกกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วย บุคคล 2 ประเภท คือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูกหลาน กับอีกประเภทหนึ่ง คือ ครอบครัวใกล้ชิด (kinth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย

2) องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (organized support) ได้แก่กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ

3) กลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ (professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู

Pender (1987: 393-396) ได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ

1) ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (nature support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว และญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งที่สำคัญมากที่สุด ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆในชีวิต อันจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย

2) ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (peer support) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในเรื่องที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้โดยง่าย เป็นเหตุให้บุคคลซึ่งประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวได้อย่างดี ในสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆในชีวิต

3) ระบบการสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (religious organizations or deomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม

4) ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกๆ ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5) ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (organized directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self health group) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆในชีวิต เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

Phillips (1991: 535-536) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับเล็กที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล การสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ 2 คือการสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (system) เป็นความสัมพันธ์ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน

จากแนวคิดเกี่ยวกับความหมายของการสนับสนุนทางสังคมซึ่งหมายถึงความต้องการจำเป็นพื้นฐานที่บุคคลต้องการ และได้รับการติดต่อจากบุคคลอื่น ๆ นั้น ได้มีผู้แบ่งชนิด การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดดังกล่าวไว้คล้ายคลึงกันหลายท่านดังนี้

House (1981 cited in Tilden, 1985: 199-206) ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) หมายถึง การให้ความนับถือ ผูกพัน ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ การรับฟัง

2) การสนับสนุนด้านวัตถุ (instrument support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของจำเป็น เช่น เงิน สิ่งของ และแรงงาน

3) การสนับสนุนด้านการประเมิน (appraisal support) หมายถึง การได้รับข้อมูลป้อนกลับ ช่วยให้บุคคลสามารถนำไปประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม

4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) หมายถึง การได้ข้อเท็จจริง รายละเอียด ข้อเสนอแนะ ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

Cobb (1976: 300) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขาได้รับความรัก การเอาใจใส่ดูแล การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่า

คุณค่าและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึงข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Weiss (1974: 17-26) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 5 ด้าน คือ

1) การได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (attachment) โดยความรักใคร่ ความผูกพัน ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น มั่นคง มีความรักและความเอาใจใส่ ช่วยทำให้บุคคลไม่รู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว ซึ่งส่วนใหญ่จะได้จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนสนิท

2) การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสารประสบการณ์และความคิดเห็น มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม และรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำรงชีวิต

3) การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (opportunity for nurturance) เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข จะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความหมายเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้ ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า

4) การได้รับรู้ถึงความคุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) คือ การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทในสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและสังคม ถ้าบุคคลได้รับการส่งเสริมจะทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า

5) การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ (the obtaining of guidance / assistance) อาจเป็นการช่วยเหลือในด้านคำแนะนำ ชี้แนะ ให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ หรือแรงงาน ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลท้อแท้หรือผิดหวัง

จากชนิดของแรงการสนับสนุนทางสังคมที่หลายท่านได้กล่าวถึง จะเห็นว่ครอบคลุมด้านการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านอารมณ์ การตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านสังคม และการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านร่างกาย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกสำคัญที่สามารถช่วยป้องกันบุคคลให้ปลอดภัยจากผลร้ายหรือความรุนแรงของความเครียด และทำให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งช่วยป้องกันความผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งทาง

ร่างกาย และจิตใจด้วย Northouse (1988: 91) สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมมีกลไกการช่วยลดความเครียดโดยช่วยให้บุคคลเผชิญความเครียดได้ดี และช่วยลดปฏิกิริยาการตอบสนองต่อภาวะเครียดให้น้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับ Pender (1987: 398) ที่กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมด้วยการช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละคน และการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีวิจารณญาณหรือเลือกใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น

นักวิจัยหลายท่านได้ให้ความเห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ได้มีบทบาทช่วยแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยตรง แต่การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเป็นกันชน (buffer) หรือช่วยป้องกันบุคคลจากผลร้ายหรือความร้ายแรงที่เกิดจากความเครียด Cobb (cited in Wortman, 1984: 2553 อ้างถึงใน วราภรณ์ นาควัชระ, 2533: 45) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยกระตุ้นให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ นอกจากนี้ การรู้สึกผูกพันกับบุคคลที่เรารัก ยังมีส่วนกระตุ้นและเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจในการให้ความร่วมมือต่อการรักษาด้วย

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ ความจำกัดทางร่างกายมีมากขึ้น และเริ่มมีความเจ็บป่วย ความเรื้อรังของโรค ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ น้อยลงจากเดิม ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่น (Phillips, 1991: 539) แต่แหล่งการสนับสนุนที่สำคัญ มักจะมาจากคนในกลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางชีวภาพและทางกฎหมาย ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน และยั้งรวมถึง พี่น้อง เขย สะใภ้ ญาติ (Shanas และ Sussman 1981: 211) ซึ่งสมาชิกในกลุ่มนี้จะใช้เวลาร่วมกันมาก และมีกิจกรรมและการปฏิสัมพันธ์หลายอย่าง มีความถี่ในการติดต่อกันสูง มีการแลกเปลี่ยนสิ่งของหรือข่าวสารซึ่งกันและกัน Walter (1990) กล่าวว่า บุคคลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญที่จะเรียนรู้วิธีการปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการส่งเสริม สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องเจ็บป่วยเรื้อรัง จากการศึกษาของ Sutherland และ Murphy (1995) ได้ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของ ผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ผู้สูงอายุที่สุขภาพดีซึ่งมารับบริการสุขภาพในศูนย์สุขภาพ กลุ่มที่ 2 คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ระหว่างการรักษาด้านสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพจิตจำนวนกลุ่มละ 18 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมตรงกัน คืออันดับหนึ่ง คือการสนับสนุนด้านความรักและ

การยอมรับ อันดับสอง คือ การสนับสนุนด้านการเงิน และอันดับสาม คือการสนับสนุนด้านกำลังใจ และเห็นด้วยในการกระทำต่างๆ โดยระบุแหล่งที่ตรงกันมากที่สุดทั้ง 2 กลุ่มคือสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และพระ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537: 60) ซึ่งได้ทำการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่ได้มีคนเดียวในครัวเรือน อยู่กับบุตร คู่สมรส และญาติ และร้อยละ 90 รู้สึกมีความสุข อบอุ่น และสบายที่อยู่กับบุตร และสอดคล้องกับการศึกษาของ มาลี ธรรมลิขิตกุล (2526 อ้างถึงใน วราภรณ์ แสงวัชร, 2537: 26) ได้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการจากแผนกสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ผู้ป่วยสูงอายুর้อยละ 86 อาศัยอยู่กับครอบครัว และร้อยละ 80 ต้องการลูกๆ ไว้เป็นที่พึ่งในยามเจ็บป่วย เป็นผู้พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาหรือความวิตกกังวล รวมทั้งเป็นผู้ช่วยเหลือด้านเงินทอง

อาจกล่าวได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะการสนับสนุนในด้านต่างๆ ที่ได้รับจากครอบครัว เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการอย่างมาก ส่งผลต่อการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี และนำมาซึ่งความผาสุกในชีวิต

แต่การสนับสนุนจากครอบครัวขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการ คือ ลักษณะของครอบครัว (family characteristic) และลักษณะปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว (intemational characteristic) โดยลักษณะของครอบครัวสามารถพิจารณาได้จาก จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความยืดหยุ่นของโครงสร้างของครอบครัว พื้นฐานความสัมพันธ์ของครอบครัว ส่วนลักษณะปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ และแนวทางการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ความถี่ของปฏิสัมพันธ์ คุณภาพของข่าวสารที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำ และการตอบสนองที่บุคคลใน ครอบครัวอาจได้รับจากเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว คุณภาพและความเชื่อถือได้ของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว และระหว่างบุคคลในครอบครัวกับเครือข่ายสังคมของ ครอบครัว (Kane, 1988: 18-24)

สุธีรา นุ้ยจันทร์ (2530: 21) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุควรประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวร่วมกัน มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการดูแลเอาใจใส่ และมีความรักใคร่ผูกพัน

การที่สมาชิกในครอบครัวจะให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควรให้การช่วยเหลือ และตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพราะบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และถึงแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยังคงมีความต้องการการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่นๆ ตามทฤษฎีของ Maslow (หลุยส์ จัป้าเทศ, 2533 : 11-12) กล่าวว่า ความต้องการของมนุษย์ทุกคนสามารถจัดแบ่งได้ 5 ชั้น และเชื่อว่าคนทั่วไปจะมีความต้องการขั้นต่อ ๆ ไป เมื่อบรรลุความต้องการขั้นต้น (Maslow ' s hierachy of needs) ความต้องการทั้ง 5 ชั้น ได้แก่

1) ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) หมายถึง ความต้องการพื้นฐานของคนซึ่งชาวพุทธเรียกว่าปัจจัย 4 แต่ทางตะวันตกรวมความต้องการทางเพศ (Sex) ไว้ด้วย

2) ความต้องการด้านความปลอดภัย (Security Needs) หมายถึง ความต้องการด้านความปลอดภัยทั้งทางกาย (Safety) และความปลอดภัยทางใจ (Freedom from fear or threat)

3) ความต้องการด้านสังคม (Social Needs) หมายถึง ความต้องการทางสังคม เช่น ต้องการที่จะอยู่ในหมู่พวก (Belongingness)หรือ ความต้องการความรัก (Love Need)

4) ความต้องการมีคุณค่า (Esteem Needs) หมายถึง ความต้องการความเคารพนับถือจากผู้อื่น (Respect from others)

5) ความต้องการความสำเร็จในตน (The need of Self-Actualization) หมายถึง ความต้องการประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนปรารถนาซึ่งใช้คำว่า Self-fulfillment หรือ Self-achievement ความต้องการระดับนี้บางครั้งไม่เกี่ยวกับสังคม

จากแนวคิดทฤษฎีความต้องการดังกล่าว สามารถนำมาเป็นพื้นฐานในการพิจารณาความต้องการในผู้สูงอายุได้ ดังเช่น ศรีทับทิม พานิชพันธ์ (2534: 62) ได้แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1) ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) ผู้สูงอายุเมื่อถูกปล่อยให้โดดเดี่ยว หรือแยกตัวอยู่คนเดียว ขาดความมั่นคงทางอารมณ์และทางจิตใจ รวมทั้งทางเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งการช่วยเหลือจากบุคคล หรือองค์การสังคมสงเคราะห์ภายนอกครอบครัว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวดั้งเดิมของตนควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัว อาจจะเป็นกลุ่มอาสาสมัคร องค์การภาครัฐ รัฐบาล หรือองค์การภาคเอกชนทั้งที่เป็นองค์การศาสนาและองค์การที่มิใช่ศาสนา

2) ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทประกันชราภาพ เมื่อเข้าสู่วัยชราภาพและเลิกประกอบอาชีพแล้ว จะได้รับบำนาญชราภาพ

เพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามควรแก่สภาพในบ้านปลายของชีวิตไม่เป็นภาระของบุตรหลานและสังคม

3) ความต้องการการมีส่วนร่วมในชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชีวิตให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในการพัฒนาตนเอง ในการปรับปรุงให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และได้มีโอกาสในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4) ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ (The elderly's social needs) เช่น ความต้องการการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคม ความต้องการการยอมรับ และความเคารพยกย่องจากบุคคลในครอบครัวและสังคม ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัว และความต้องการมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม และสามารถปรับตัวให้เข้ากับบุตรหลานในครอบครัวและสังคมได้ รวมทั้งมีโอกาสทำในสิ่งที่ตนปรารถนา

5) ความต้องการทางกายและจิตใจ (Physical and psychological needs) เป็นความต้องการด้านพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ เพราะเป็นสิ่งที่ธรรมชาติของร่างกายต้องการเพื่อมาเสริมสร้างร่างกายให้ดำรงอยู่ได้ ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการปัจจัย 4 อันได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล ส่วนความต้องการด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่มองไม่เห็นสัมผัสไม่ได้แต่รู้สึกได้ เช่น ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (security needs) โดยเฉพาะความต้องการด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยปราศจากความวิตกกังวลหวาดกลัว และการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี นอกจากนี้ยังมีความต้องการการได้รับการยอมรับนับถือ (recognition needs) ซึ่งเป็นความต้องการที่จะได้รับการยอมรับว่าเป็นสมาชิกของกลุ่มสังคมและครอบครัว ความต้องการมีโอกาสก้าวหน้า (opportunity needs) โดยเฉพาะในเรื่องความสำเร็จของการทำงานในบ้านปลายชีวิต

6) ความต้องการทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลานของตน เพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในสภาวะที่ตนเองเจ็บป่วย และต้องการให้รัฐช่วยในการจัดหาอาชีพให้เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้เพื่อตนเองจะได้มีบทบาททางเศรษฐกิจ คือ ความต้องการที่จะช่วยตนเองเพื่อให้พ้นจากสภาวะความบีบคั้นทางเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งสอดคล้องกับความต้องการข้อที่ 2 และ 4 ดังกล่าวแล้ว

ความต้องการของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น เป็นความต้องการที่ต้องการได้รับการตอบสนองจากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญที่จะ

ให้การสนับสนุนและตอบสนองความต้องการดังกล่าวแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงการคงความสัมพันธ์ในครอบครัว และการจัดการกับภาวะวิกฤติ (Eliopoulos, 1997: 488)

สุธีรา น้อยจันทร์ (2530: 21) จึงได้สรุปบทบาทสมาชิกในครอบครัวที่ควรให้การดูแล และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อย่างเหมาะสม จัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ แก่ผู้สูงอายุ ให้การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ให้การช่วยเหลือด้านการเงิน ให้การช่วยเหลือด้านแรงงาน และอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะและการเดินทาง

2) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ จิตใจ ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้ความยกย่อง สนับสนุน ให้มีงานอดิเรก และมิจำลองทำตามความสามารถ ดูแลให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ดูแลให้ได้รับความบันเทิงและนันทนาการตามสมควร

3) บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคมภายนอก และการดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารเพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคม

จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีบทบาทที่จะให้การสนับสนุนต่อผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการต่างๆ ทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้ และการที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานอย่างเพียงพอ จะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง และเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคก็สามารถควบคุมตนเองและแก้ปัญหาได้ และเนื่องจากสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ต่อเนื่องเป็นเวลานาน การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้ความร่วมมือต่อการปฏิบัติตนต่างๆ เพื่อการยับยั้งความรุนแรงของโรค และส่งเสริมสุขภาพตนเอง รวมทั้งการคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่มีความสุขและอยู่ในสังคมได้ด้วยดี หรือมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมได้ จากการศึกษาของ Miller และคณะ (1988: 297-302) พบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของ และอารมณ์ มีส่วนช่วยเสริมพฤติกรรมความร่วมมือและช่วยเสริมความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา พานิชกุล (2536) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ House (cited in Tilden, 1985), Cobb (1976) และ Weiss (1974) และแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว ความต้องการของผู้สูงอายุ และบทบาทของครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพบว่า แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (cited in Tilden, 1985), Cobb (1976) และ Weiss (1974) มีความครอบคลุมและสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับงานวิจัย ซึ่งพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควรประกอบด้วย

1. การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิดสนิทสนม ความอบอุ่นใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การได้รับกำลังใจ การได้รับฟังการปรึกษาหารือ และการระบายความรู้สึกต่างๆ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ จากความจำกัดของร่างกายและจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้สูงอายุประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาบุตรหลานมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ทำให้รู้สึกว่าประสิทธิภาพของร่างกายลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม และมีชีวิตอยู่ด้วยความไม่แน่นอนของโรค ผู้สูงอายุจะสูญเสียความแข็งแรง กำลังใจ หวาดกลัว และรู้สึกว่าตนเป็นโรคที่เป็นอันตรายสามารถคุกคามชีวิตได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกซึ่งจะเกิดขึ้นที่ทันใด โดยไม่มีสัญญาณเตือน ผู้สูงอายุจะคิดตลอดเวลาว่าชีวิตของตนอาจจะไม่ยืนยาว เกิดความรู้สึกสูญเสียความมั่นคงทางจิตใจ (Pinneo, 1984: 460) สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด คือ ต้องการให้มีคนรับฟังความทุกข์ด้วยความสนใจ แต่ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า นอกจากนี้ ความกลัว ความเบื่อหน่าย การตีจากของบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะบุคคลอันเป็นที่รัก การกลัวเสียความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว และการไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือวางแผนในกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดอาการท้อแท้ หดกำลังใจ ดังนั้นบุคคลในครอบครัวจึงสมควรที่จะให้ความรัก ความเอาใจใส่ดูแล ให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ให้ความอบอุ่นใจ เห็นอกเห็นใจ ให้ความเชื่อมั่นไว้วางใจ และให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่จะดำเนินชีวิตต่อไป การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์อย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีความรัก และห่วงใย มีคนคอยดูแล

เอาใจใส่ และมีกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง จากการศึกษาของ อัจฉรา โอบประเสริฐ (2531: 46) พบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่ได้รับจากครอบครัวและญาติพี่น้อง การที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์เพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคนคอยดูแล เอาใจใส่คอยปลอบใจ ให้กำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับทุกข์หรือบอกความคับข้องใจต่าง ๆ ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะมีผลดีต่อสุขภาพ

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า ผลกระทบจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองเป็นผู้ไร้ความสามารถ ต้องเป็นภาระของผู้อื่น และจากการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้ถูกลดบทบาทต่าง ๆ ลง เป็นคนไร้ค่า ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีพฤติกรรมแยกตัว และเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ แต่ถ้ามีบุคคลในครอบครัวให้ความเข้าใจ ให้การยอมรับว่าผู้สูงอายุถึงแม้ว่าจะมีอายุมากขึ้นและเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยังมีคุณประโยชน์ต่อครอบครัว ช่วยดูแลบุตรหลานหรือให้คำแนะนำต่าง ๆ ได้ และให้การรับฟังยอมรับ เห็นด้วยในความคิดเห็น หรือการกระทำที่ถูกต้อง ให้ความเคารพนับถือและยกย่อง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นและรู้สึกตนเองมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของครอบครัวและสังคม เกิดความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น มีความหวังในชีวิตและมีกำลังใจในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพ จากการศึกษาของ นางลักษณ์ บุญไทย (2539) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในกรุงเทพมหานคร ปวารณาที่จะทำตนให้เป็นประโยชน์ตามศักยภาพที่มีอยู่โดยเฉพาะกับบุตรหลานของตน และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่ได้มีส่วนร่วมกิจกรรมกับหลานหรือญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จูติมาน แก้วขาว (2539) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกยินดีที่จะเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งมีความรู้สึกพึงพอใจที่ตนสามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ตามทฤษฎีกิจกรรม เชื่อว่า กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ Barrow and Smith (1979: 53) กล่าวว่า บุคคลมีกิจกรรมมากจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ผู้สูงอายุที่ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข จะต้องเป็นผู้ที่สามารถดำเนินกิจกรรมในสังคมไว้โดยไม่มีตัวออกห่าง นอกจากนี้การมีกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและสถานภาพในสังคม

รู้สึกตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับ แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ผู้สูงอายุกลัวและไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ จากการศึกษาของ สายฝน จัปใจ (2540: 88) พบว่าผู้สูงอายุไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากบุตรหลานสั่งห้ามไว้ เพราะกลัวจะเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสพบปะ พูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับทุกข์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลงได้ ดังนั้นครอบครัวควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในสังคม มีการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ซึ่งไม่ขัดต่อโรคที่เป็นอยู่ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว หรือถูกแยกออกจากสังคม จากการศึกษาของ นงลักษณ์ บุญไทย (2539: 60) พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุกับบุตรหลานหรือญาติจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มธุรส จันทรแสงสี (2540: 80) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนในระดับมากมีการปฏิบัติกิจกรรม มากกว่าผู้สูงอายุที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า

4. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน ได้แก่การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ เงินทอง ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การได้รับการช่วยเหลือในการพาไปตรวจตามนัด รวมถึงการได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การดูแลเมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อย ๆ รวมถึงการจัดที่พักให้เหมาะสมกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงรายได้หลังเกษียณ การไม่มีอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้ และความเรื้อรังของโรคที่ต้องใช้เวลารักษาอย่างต่อเนื่อง ความจำกัดทางร่างกาย และรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากขึ้น ครอบครัวจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่จะช่วยเหลือในเรื่องวัสดุสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นต่าง ๆ เงินทอง ค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งคอยดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรค การจัดการเรื่องที่พักให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อยเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสมยิ่งขึ้น และช่วยเสริมกำลังใจให้ผู้สูงอายุมารับการตรวจรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และมีเงินไว้ใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมสุขภาพ Eliopoulos (1997: 69) กล่าวว่า การเงินมีความสำคัญกับทุกอายุเพราะมีผลต่ออาหาร สุขภาพ ความปลอดภัย และเสรีภาพในชีวิตอีกทั้งมีอิทธิพลต่อหลาย ๆ ทางเลือกในชีวิต จากการศึกษาของ ยูพิน โกรินทร์ (2536) ซึ่งได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุยังต้องพึ่งพิงจากบุตร โดยใช้สิทธิการเป็นบิดา มารดา เบิกค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มหาศักดิ์พันธ์

(2538) ที่พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับการมารักษาอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง และบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยและทำให้ผู้สูงอายุมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง คือ ลูกหลาน และจากการศึกษาของ อัจฉรา โอประเสริฐ (2531: 46) พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการจากครอบครัว และญาติพี่น้อง จะช่วยเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยมารักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ได้มารับประทานอย่างต่อเนื่อง มีเงินเพียงพอที่จะหาซื้ออาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายมารับประทาน ทำให้พฤติกรรมปฏิบัติตนด้านสุขภาพดีขึ้น

5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จากการรักษาที่ผู้สูงอายุต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลตนเอง และรับผิดชอบในผลของการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นนั้น ซึ่งหมายถึงการมีชีวิตรอดของผู้สูงอายุ แต่จากสภาพการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสัมผัสต่างๆ ที่เสื่อมลง ได้แก่ การได้ยิน การมองเห็น ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารลดลง บางครั้งผู้สูงอายุอาจเกิดความเบื่อบ่ายที่จะปฏิบัติ หรือเกิดความท้อแท้ต่อการเจ็บป่วย ทำให้อาการเจ็บหน้าอก และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพเลวลง ดังนั้นการได้รับความรู้ และคำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติอย่างเพียงพอที่ต่อเนื่อง รวมถึงการตอบข้อข้องใจจากบุคลากรทางการแพทย์ ร่วมกับการให้คำตักเตือนให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือให้คำแนะนำ ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จในการรักษา มีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้สุขภาพดี และมีชีวิตยืนยาวได้

สรุปได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวดังกล่าวข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคมก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกาย และจิต ไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันโดยสิ้นเชิงได้ การสนับสนุนจากครอบครัวทั้ง 5 ด้านจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

5.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไม่เพียงแต่จะประสบปัญหาทางด้านร่างกายเท่านั้น แต่จะมีอารมณ์และสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปอีกด้วย เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ความไม่แน่นอนของโรค และความเสื่อมโทรมของสภาพร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การประสบปัญหาเกี่ยวกับรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการเลือกสรรที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และจัดหาสิ่งที่เหมาะสมกับ

สภาวะร่างกายได้น้อย ความจำกัดด้านร่างกายจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้เต็มที่ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้านสังคม ทำให้ผู้สูงอายุถูกลดความเชื่อมั่นในตนเองลง การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมได้ เพราะการได้รับการสนับสนุนทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม วัตถุประสงค์ของ การเงิน และแรงงาน รวมทั้งข้อมูลข่าวสาร จะทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความเครียด เกิดการปรับตัว และมีกำลังใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองโดยการใช้แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมได้ จากการศึกษาแสดงให้เห็นชัดว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (กุลธิดา พานิชกุล, 2536) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคหัวใจ (วราภรณ์ นาครัตน์, 2533) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี (สุพร พริงเพริศ, 2536) มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Hubbard, Muhlenkamp, and Brown, 1984) และมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี (Muhlenkamp and Sayles, 1986) และจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (วราภรณ์ แสงวัชร, 2537) และมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม (ณัฐนาฏ ไชยศิริ, 2534)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแผนการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีสาระสำคัญดังนี้

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2532) ศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-74 ปี ทั่วประเทศ จำนวน 1,574 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการประเมินผลการทดสอบความสมบูรณ์ทางกาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจเพียง 138 คน คิดเป็นร้อยละ 8.76 ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.50 จัดอยู่ในกลุ่มอ่อนแอ และร้อยละ 50 ขึ้นไป จะมีบิดา มารดาที่มีอายุยืนยาวถึง 60 ปีขึ้นไป ส่วนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

พบว่า ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายเลยถึงร้อยละ 39.5 ไม่เคยตรวจร่างกายร้อยละ 80.1 ไม่ได้มีสุขภาพดี ไม่สูบบุหรี่ ไม่ได้มีน้ำหนัก กาแฟเลยคิดเป็นร้อยละ 80.24 62.45 และ 90.9 ตามลำดับ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.7 ยังกินหมาก และร้อยละ 68.4 รับการรักษาพยาบาลกับแพทย์แผนปัจจุบันเมื่อเจ็บป่วย และพบว่าเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนโดยร้อยละ 90.3 มาจากครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจจะระดับปานกลางถึงร่ำรวย ยังมีผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ร้อยละ 22.5 ส่วนปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาเรื่องสุขภาพ ร้อยละ 60.80 รองลงมาได้แก่ปัญหาการเงิน ร้อยละ 44.5

วาสนา บุรณวิวัฒน์ (2532) ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลรามาริบัติ กับผู้ที่มีความดันปกติ ที่มีอายุระหว่าง 25-60 ปี จำนวน 134 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามแบบแผนชีวิตที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามการประเมินแบบแผนชีวิต (Lifestyle Assessment Questionnaires) ในส่วน wellness inventory section ของHetter (1982) และได้ดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา ด้านการประกอบอาชีพ ด้านศาสนา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านร่างกาย และด้านสติปัญญาสูงกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนในด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ ด้านการประกอบอาชีพ และด้านศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญ และพบว่า เพศชาย มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านการประกอบอาชีพสูงกว่ากลุ่ม เพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับส่วนด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ และด้านศาสนา ทั้งเพศชาย และ เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน และกลุ่มที่มีอายุ 25-39 ปี มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านร่างกาย ด้านอารมณ์สูงกว่าอายุ 40-60 ปี ส่วนด้านอื่นๆไม่แตกต่างกัน และระดับการศึกษาต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านการประกอบอาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001, .001 และ .05 ตามลำดับ ส่วนด้านที่เหลือไม่แตกต่างกัน

พรณี ปานเทวัญ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพอนามัย และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม สถานที่พักอาศัย และระบบการทำงานกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนงานหญิงโรงงาน

อุตสาหกรรมสิ่งทอในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิต และนิสัยสุขภาพของ Pender (1987) และแบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพของ Wallston (1978) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรส ภูมิลำเนาเดิม สถานที่พักอาศัย และระบบการทำงานแตกต่างกัน จะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยส่วนรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจผู้อื่น ความเชื่ออำนาจโชคชะตา ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยส่วนรวม และ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ภูมิลำเนาเดิม สถานที่พักอาศัย ระบบการทำงาน ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพอนามัย สามารถทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตได้

ขวัญใจ ต้นติววัฒนเสถียร (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย เพศ อายุ และภาวะเศรษฐกิจ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 200 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพอนามัย แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ภาวะเศรษฐกิจ เพศ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามลำดับคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพศ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพอนามัย โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 57.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ณัฐนาฏ ไชยศิริ (2534) ศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ทัศนคติเกี่ยวกับการสูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวด การรับรู้อำนาจภายในตน การสนับสนุนทางครอบครัว และการสนับสนุนทางทีมสุขภาพ กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม จำนวน 150 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับที่เหมาะสม ทัศนคติเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การสนับสนุนทางครอบครัว และการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการ

รับรู้ความรุนแรงของความเจ็บปวด การรับรู้อำนาจภายในตน ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลดาวัลย์ ผาสุข (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อำนาจการควบคุมตนเองด้านสุขภาพ การรับรู้คุณค่าในตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงาน อายุ และสถานภาพสมรส กับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับอายุ การสนับสนุนจากหน่วยงาน การรับรู้คุณค่าในตน ($r = .343, .318, .304$ ตามลำดับ) และมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและสถานภาพสมรส ($r = .289$ และ $.205$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการรับรู้อำนาจการควบคุมตนเองด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และ ตัวแปรที่ร่วมพยากรณ์แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ ตามลำดับ คือ อายุ การสนับสนุนจากหน่วยงาน การรับรู้คุณค่าในตน และการรับรู้อำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ซึ่งร่วมกันพยากรณ์แบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .01 ได้ร้อยละ 30.18 ($R^2 = .3018$)

ทิพวัลย์ ขาวสำอางค์ (2535) ศึกษาแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 206 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา และรายได้ต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 400 คน โดยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดการรับรู้การควบคุมสุขภาพ และแบบวัดวิถีการดำเนินชีวิต ของ Walker, Sechrist และ Pender (1987) ซึ่งจำแนกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต การรับมือต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน การจัดการกับความเครียด ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 79.1 มีวิถีการดำเนินชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.2 มีการรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยเชื่ออำนาจภายในตนระดับสูง(ร้อยละ 78.8) การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยเชื่ออำนาจผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

(ร้อยละ 41.2) และ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญระดับสูง (ร้อยละ 58.8) และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ และเขตที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตโดยรวมแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตโดยรวม คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ เขตที่อยู่อาศัย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจภายในตน อำนาจผู้อื่น และอำนาจความบังเอิญ และปัจจัยที่สามารถทำนายวิถีชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมได้ดีที่สุดเรียงตามลำดับ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ การรับรู้การควบคุมสุขภาพโดยความเชื่ออำนาจผู้อื่น และอำนาจความบังเอิญ โดยสามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงได้ร้อยละ 38.2

รสสุคนธ์ แสงมณี, นกุล ตะบุญพงศ์, และอรัญญา เชาวลิต (2537) ศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง จังหวัดสงขลา จำนวน 100 คน โดย 50 คน เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และอีก 50 คน ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์แบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งจำแนกเป็น 6 ด้าน คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต การดูแลรับผิดชอบสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตในแต่ละด้าน และโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) เมื่อควบคุมปัจจัยด้านการศึกษา รายได้ โดยวิธีการทางสถิติในสมการถดถอยแบบพหุคูณ พบว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสามารถอธิบายความแปรปรวนของแบบแผนชีวิตแต่ละด้าน และโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

วราภรณ์ แสงวัชร (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ:ศึกษาเฉพาะกรณีผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลเลิศสิน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทั้งด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ ทรัพย์สิน เงินทอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

มลลณี ชูเนตร (2538) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 400 คนโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากภาครัฐ และแบบสัมภาษณ์แบบแผนการดำเนินชีวิต ของ Walker, Sechrist และ Pender และแบบประเมินภาวะโภชนาการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 78.0 มีแบบแผนการดำเนินชีวิต

โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และในรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบรรลุเป้าหมายชีวิต ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการออกกำลังกาย และด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.8, 66.5, 69.0, 56.8 และ 62.6 ตามลำดับ) ส่วนด้านการช่วยเหลือซึ่งพาระหว่างกันพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 66.5) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์การจำแนกพบ ว่า ความเพียงพอของรายได้ และความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.01 และแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ด้านการช่วยเหลือซึ่งพาระหว่างกัน ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานอาหาร และแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยรวม มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลลนา ยันตระกุล และ รสสุคนธ์ แสงมณี (2540) ศึกษาแบบแผนชีวิตและ โรคเรื้อรังประจำตัวของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีจำนวน 75 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยดัดแปลงจากเครื่องมือของ Walker, Sechrist, และ Pender (1987) ซึ่งจำแนกออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสนับสนุนระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีแบบแผนชีวิตในแต่ละด้านและโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยด้านการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านการออกกำลังกาย การสนับสนุนระหว่างบุคคล การรับประทานอาหาร และความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตตามลำดับ สำหรับด้านการจัดการกับความเครียดได้คะแนนต่ำกว่าทุกด้าน

Hubbard, Muhlenkamp, และ Brown (1984) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นผู้ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปเข้าร่วมกิจกรรมที่ศูนย์บริการผู้สูงอายุ จำนวน 97 คน กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพที่จัดขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt และ Weinert (1981) และ Weiss (1974) และแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตของ Brown และคณะ (1983) ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ในกลุ่มที่ 1 คนที่แต่งงานแล้วมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนโสด กลุ่มที่ 2 พบว่าเพศหญิงมีระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชาย

Muhlenkamp และ Sayles (1986) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพดี ในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18-67 ปี จำนวน 98 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ Personal resource Questionnaire, Croppersmith Self-esteem inventory และ Personal lifestyle activities questionnaire ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต เพศหญิงมีระดับคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตสูงกว่าเพศชาย และเพศมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิต

Walker, Sechrist และ Pender (1988) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับผู้ใหญ่วัยต้นและวัยกลางคน ตัวอย่างเป็นอาสาสมัครอายุ 18 ปี ถึง 88 ปี จำนวน 452 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ผู้ใหญ่วัยต้น วัยกลางคน และวัยสูงอายุ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion lifestyle profile) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มอายุที่แตกต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยส่วนรวม และในรายด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) โดยกลุ่มผู้สูงอายุจะมีคะแนนในแต่ละด้านและโดยรวมสูงกว่าวัยต้นและวัยกลางคน

Speak, Cowart และ Pellet (1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางลักษณะประชากร การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 297 คน ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้งด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ส่วนความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตในด้านการรับประทานอาหาร ความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ส่วนด้านการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเชื่ออำนาจภายนอกตน ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิต 3-6 ด้านอายุเชื้อชาติ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตในองค์ประกอบย่อย 2 องค์ประกอบ ส่วนเพศ สถานภาพสมรส และรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต

Weitzel (1989) ได้ทำการทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และทดสอบว่าปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ที่เลือกไว้ ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตน และปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในคนงานได้หรือไม่ ตัวอย่างเป็นคนงานจำนวน 179 คน โดยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน ของ Walston และคณะ (1978) แบบวัดความสำคัญของสุขภาพ แบบวัดภาวะสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ความสามารถในตนของ Shere และคณะ (1976) และแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของ Walker, Sechrist, และ Pender (1987) วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน การจัดการกับความเครียด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในตน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในรายด้าน ได้แก่ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ($r=.42, p<.001$) การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ($r=.34, p<.001$) และพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ($r=.33, p<.001$) และในรายด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย ($r=.32, p<.001$) ส่วนปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในรายด้าน อย่างน้อย 1 ด้าน นอกจากนี้ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ซึ่งได้แก่ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในตน และปัจจัยด้านประชากร สามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงคะแนนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 9 ถึงร้อยละ 28 โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในตน สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม และรายด้าน 5 ใน 6 ด้านได้ดีที่สุด

Frank-Stomberg, Pender, Walker และ Sechrist (1990) ได้ทดสอบปัจจัยความรู้-การรับรู้ และปัจจัยเสริมในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 385 คนที่กำลังรักษาในคลินิก 13 แห่ง ทางภาคตะวันตกของอเมริกา โดยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ของ Walston และคณะ (1978) และใช้แบบวัดความสำคัญของสุขภาพ แบบวัดคำจำกัดความสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ และแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของ Walker, Sechrist, and Pender (1987) วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน การจัดการกับความเครียด การรับประทานอาหาร ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และปัจจัยเสริมได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อายุ และอาชีพ สามารถทำนายความแปรปรวน ในแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 23.52

Johnson (1991) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส กับการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งพักอาศัยอยู่ที่บ้านตนเองในชนบททางตะวันตกของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 250 คน โดยใช้แบบสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล (Personal Lifestyle questionnair) ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่ไม่มีการปฏิบัติในเรื่องแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ เรื่องอาหารการออกกำลังกาย การพักผ่อน ความปลอดภัยในการขับขี่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การตรวจร่างกาย การตอบสนองความต้องการทางด้านความปลอดภัย การมีเพื่อนสนิท การผ่อนคลาย และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า จะมีการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพมากกว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า กลุ่มเพศชาย กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($r = -.073, p < 0.05$; $r = .083, p < 0.01$; $r = 0.81, p < 0.01$; $r = .074, p < 0.05$ ตามลำดับ)

Ahijevych และ Bernhard (1994) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิง ชาวแอฟริกัน-อเมริกัน จำนวน 187คน และเปรียบเทียบแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของการศึกษาครั้งนี้ กับการศึกษาของคนอื่นๆ โดยใช้แบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walker และคณะ (1987) ซึ่งประกอบด้วย การบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การช่วยเหลือพึ่งพา ระหว่างกัน และการจัดการกับความเครียด ผลการวิจัยพบว่า แบบแผน การดำเนินชีวิตรายด้าน ที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิต รองลงมาคือ ด้านการช่วยเหลือพึ่งพา ระหว่างกัน ส่วนแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด และพบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้ การประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ($r = .21, p = .004$); ($r = .19, p = 0.09$); ($r = .25, p = .001$); ($r = .22, p = .006$) ตามลำดับ และพบว่าสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับแบบแผนการดำเนินชีวิต และตัวแปรที่สามารถอธิบายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ รายได้ (5.8%) อาชีพ (4.3%) ส่วนอายุ ระดับ การศึกษาพบว่า ไม่สามารถอธิบายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพได้ และเมื่อเปรียบเทียบแบบแผน การดำเนินชีวิตของการวิจัยครั้งนี้ กับการวิจัยของคนอื่นๆที่เคยทำการศึกษาไว้ในชาวแอฟริกัน

อเมริกัน พบว่า คะแนนโดยรวม และรายด้านของผู้หญิงชาวแอฟริกัน-อเมริกัน ของการครั้งนี้ มีระดับต่ำกว่า การศึกษาของคนอื่นๆ

Castelien และ Keer (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความพึงพอใจในการเข้าร่วม กิจกรรมการออกกำลังกาย การเข้ากลุ่มศึกษา และการได้รับการปรึกษาส่วนบุคคล กับแบบ แผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ป่วยได้รับการ ผ่าตัดทำ CABG จำนวน 72 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูโรคหัวใจ มาเป็น ระยะเวลา 1 ปี โดยเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย การเข้ากลุ่มศึกษา และการปรึกษา รายบุคคล เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามแบบแผนการดำเนิน ชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ (The Cardiac Lifestyle Questionnaire , CLQ) โดยดัดแปลงจาก แบบวัดของ Pynn (1986) แบบสอบถามความพึงพอใจในโปรแกรม และแบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา สถานะการทำงาน รายได้ ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก และจำนวนครั้งที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ผล การวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมในเรื่อง การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก การจัดการ กับความเครียด ส่วนความดันโลหิตสูงยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และผลจากการสอบถาม ความพึงพอใจเกี่ยวกับโปรแกรมที่จัดให้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพึงพอใจกับการให้การดูแล และปรึกษารายบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตในการสูบบุหรี่ การดื่ม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับรายได้ของครอบครัว แต่ในขณะที่รายได้ส่วนบุคคลที่อยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลต่อการประสบความสำเร็จในการงดการสูบ บุหรี่ ส่วนระดับรายได้สูงจะส่งผลต่อการประสบความสำเร็จในการงดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

จากวรรณคดี และงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า การลดอัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อน รวมถึงปัญหาต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ นั้นขึ้นอยู่กับที่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง เหมาะสมเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังมีปัจจัย ที่เกี่ยวข้องอีก คือ เพศ ระดับการศึกษา เศรษฐฐานะ การสนับสนุนจากครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้มี ผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทั้งสิ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

