

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยาย  
หลอดเลือดหัวใจ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2561  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH SEXUAL FUNCTION AMONG PATIENTS WITH  
MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY  
INTERVENTION



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
โดย	น.ต.หญิงพรชชา บุญเรือง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.พิศมัย อรทัย)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

พรรยา บุญเรือง : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. ( SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH SEXUAL FUNCTION AMONG PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY INTERVENTION) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI เพศชายและหญิงอายุ 18 - 59 ปี ที่เข้ามาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป และคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 124 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ 3) แบบประเมินความรุนแรงของโรค 4) แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ 5) แบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ 6) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ 7) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ 8) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ในชุดที่ 2 - 8 เท่ากับ .93, 1.00, .98, .97, .91, 1.00, .98 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงชุดที่ 2, 4 - 8 เท่ากับ .82, .77, .91, .91, .85, และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ผลการวิจัย พบว่า

1. การทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ( $x = 45.61$ ,  $SD = 4.38$ )
2. เพศชาย และความรุนแรงของโรคมก มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{pb} = .109$  และ  $-.133$ )
3. ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .125$ ,  $.212$ , และ  $.633$  ตามลำดับ)
4. ความวิตกกังวลทางเพศและภาวะซึมเศร้าทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.495$ , และ  $-.407$ )

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา           พยาบาลศาสตร์  
ปีการศึกษา       2561

ลายมือชื่อ นิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5977170036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: SEXUAL FUNCTION, MYOCARDIAL INFARCTION, PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY INTERVENTION

Pansa Boonrueng : SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH SEXUAL FUNCTION AMONG PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY INTERVENTION. Advisor: Asst. Prof. NORALUK UA-KIT, Ph.D.

The purposes of this descriptive correlational research were to examine sexual function among patients with myocardial infarction after percutaneous transluminal coronary intervention (PCI) and to determine factors associated with sexual function from gender, severity of disease, sexual knowledge, sexual anxiety, perceived sexual self-efficacy, sexual depression, and social support. One hundred and twenty four adults aged 18–59 years diagnosed with myocardial infarction after PCI from the general outpatients' department and heart clinic at Somdet Phra Pinklao Hospital, and Thammasat University Hospital, were recruited using a multistage sampling technique. The instruments were 1) General data form, 2) Sexual function scale, 3) Severity of disease assessment, 4) The sex after myocardial infarction knowledge test, 5) Sexual anxiety scale, 6) Sexual self-efficacy scale, 7) Sexual depression scale, and 8) Social support questionnaire. All questionnaires were tested for content validity by five experts, and their validity coefficients of set 2 - 8 were .93, 1.00, .98, .97, .91, 1.00, and .98, respectively. Their reliability coefficients of set 2, 4 - 8 were .82, .77, .91, .91, .85, and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and point biserial correlation coefficient. The findings were as follows:

1. The average score of sexual function among patients with myocardial infarction after PCI was at a medium level ( $\bar{x} = 45.61$ ,  $SD = 4.38$ ).
2. Gender and severity of disease were significantly related to sexual function among patients with myocardial infarction after PCI at the .05 level ( $r_{pb} = .109$  and  $-.133$ ).
3. Sexual knowledge, perceived sexual self-efficacy, and social support were positively and significantly related to sexual function among patients with myocardial infarction after PCI at the .05 level ( $r = .125$ ,  $.212$ , and  $.633$ , respectively).
4. Sexual anxiety and sexual depression were negatively and significantly related to sexual function among patients with myocardial infarction after PCI at the .05 level ( $r = -.495$ , and  $-.407$ ).

Field of Study: Nursing Science  
Academic Year: 2018

Student's Signature .....  
Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง เนื่องจากได้รับความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาในการให้ คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความห่วงใยเอาใจใส่ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ กับผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะรวมทั้งแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์อันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ ประสาทวิชาและมอบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งตลอดระยะเวลาการศึกษาแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ติลาจรัส และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง ผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสม

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ รวมทั้งหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป และหัวหน้าคลินิกโรคหัวใจ บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ตลอดจนคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของทั้ง 2 โรงพยาบาล ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการดำเนินการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆด้านเป็นอย่างดีเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ช่วยให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจให้ต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ และคอยช่วยเหลือในหลายๆอย่างจนสามารถผ่านมาได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณบิดามารดาและสมาชิกในครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจและให้การสนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆ ด้านด้วยดีเสมอมาและขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีได้เอื้อยมนามไว้ในที่นี้ ที่ช่วยเหลือการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี สำหรับประโยชน์ใดๆอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนให้มีความสุขสวัสดิ์ตลอดไป

พรรษา บุญเรือง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย .....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย .....	10
ขอบเขตการวิจัย .....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	15
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI .....	26
3. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI .....	27
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI....	33
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	55
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	62
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	74
สรุปผลการวิจัย.....	75
อภิปรายผลการวิจัย.....	76
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	85
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	86
บรรณานุกรม.....	87
ภาคผนวก.....	101
ภาคผนวก ก ประกาศการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์.....	102
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ .....	104
ภาคผนวก ค เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย.....	112
ภาคผนวก ง จดหมายขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและ เก็บรวบรวมข้อมูล และเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน .....	122
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย .....	131
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	140
ภาคผนวก ช สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม .....	154



ภาคผนวก ซ ตารางสรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคำศัพท์ ที่ใช้ในการศึกษาเรื่องเพศ ในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	172
ประวัติผู้เขียน.....	177



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30).....	62
ตารางที่ 2	วัน เวลา ของคลินิกที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.....	64
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ BMI ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรักษาที่ได้รับ อาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการทำ PCI การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ให้คำแนะนำ ความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ เรื่องที่ต้องการทราบเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ โรคร่วม กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน จำนวนครั้งที่ได้รับการทำ PCI ตำแหน่งของการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนเส้นเลือดหัวใจที่ตีบ ค่าการทำงานของหัวใจ (n = 124).....	68
ตารางที่ 4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุดและการแปลผล การทำหน้าที่ทางเพศ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124).....	72
ตารางที่ 5	จำนวน ร้อยละ ระดับความรุนแรงของโรค ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124).....	72
ตารางที่ 6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124).....	73

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction : MI) พบมากเป็นอันดับต้นๆ ของกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมีไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเกิดภาวะขาดเลือด สาเหตุสำคัญเกิดจากหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบ (Ammann et al.,2000) เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานานทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นตาย (อภิชาติ สุขคนธรรพ์, 2550) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2016) รายงานว่าโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ประชากรเสียชีวิตทั่วโลกถึง 17.5 ล้านคนต่อปีและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 23 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ.2030) ในประเทศไทย อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2556 – 2559 เท่ากับ 26.9, 27.8, 29.9, และ 32.3 แนวโน้มการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2560 อัตราการตายเท่ากับ 31.8 ต่อแสนประชากร หรือเท่ากับ 20,746 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากสถิติล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนคนไทยที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ณ วันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2561 คือ 432,943 คน โดย พบว่า อัตราการเสียชีวิตในวัยผู้ใหญ่ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยพบมากที่สุดช่วงอายุระหว่าง 45-59 ปี รองลงมา คือ ช่วงอายุ 25-44 ปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจในประเทศสหรัฐอเมริกา รายงาน จาก American Heart Association ปี 2010 พบว่า มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจสำเร็จ ประมาณ 1,500,000 รายต่อปี (Lloyd, 2010) นอกจากนี้ยังมีรายงานสถิติจาก โรงพยาบาล 62 แห่ง ในรัฐนิวยอร์ก ระหว่างปี 2011-2014 พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจสามารถกลับบ้านได้อย่างปกติถึง 143,535 ราย สำหรับในประเทศไทยมีแนวโน้มการขยายหลอดเลือดหัวใจเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.51 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 55.9 ในปี 2560 (ข้อมูลรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี งบประมาณ 2560) ซึ่งแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปัจจุบันมี 3 วิธีหลักๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ (Myocardial Revascularization) ได้แก่ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention: PCI) และการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือการทำบายพาส (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) (ธนวัฒน์ เบญจานุวัตร, 2554)

การทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ Myocardial Revascularization มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มเลือดไปยังหลอดเลือดหัวใจให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บหน้าอก ลดอัตราการตายเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพิจารณาทำหัตถการใดนั้น ขึ้นกับอาการแสดงของผู้ป่วย ความรุนแรงของรอยโรค ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและโรคร่วมของผู้ป่วย รวมถึงความถนัดและความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาล การทำ PCI เป็นการทำหัตถการเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจที่ตีบหรืออุดตัน สามารถบรรเทาอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพดีในภาวะฉุกเฉิน มีความเสี่ยงต่ำ มี

ความสะอาด ปลอดภัยมีความสำเร็จสูง สามารถฟื้นตัวได้เร็ว (ธนวัฒน์ เบญจามิตร, 2543; Serruys et al., 2009) ด้วยเทคโนโลยีและความรู้ความสามารถในการทำ PCI มีการพัฒนาขึ้นเป็นอย่างมาก มีการใช้ ขดลวดชนิดเคลือบยา (drug eluting stent) ที่มีประสิทธิภาพสูง และมีการพัฒนายากลุ่ม antiplatelet ที่ดีขึ้น จึงเริ่มมีการทำ PCI ในหลอดเลือดหัวใจที่มีความยุ่งยากมากขึ้น เช่นการขยายหลอดเลือดหัวใจในหลายเส้น การขยายหลอดเลือดหัวใจในจุดตีบแคบมากหรือจุดที่มีการตัน รวมถึงการขยายหลอดเลือดหัวใจที่จุดสำคัญและมีความเสี่ยงสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทำหัตถการแก้ไขหลอดเลือดหัวใจมีความพร้อมการทำหน้าที่ทางเพศ เนื่องจากการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆของโรคหัวใจที่เป็นการเผชิญเหตุการณ์ใหม่ที่เข้ามาในชีวิต ไม่ทราบแนวทางในการรักษา กลัวการเจ็บหน้าอก กลัวการกลับเป็นซ้ำ หรือการเสียชีวิตกระทันหัน ทำกิจวัตรประจำวัน น้อยลง วิตกกังวล ซึมเศร้าและขาดความรู้ (Lunelli et al., 2008; Levine et al., 2012) แต่หลังจากการทำ PCI ถือว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว มีการดำเนินของโรคที่ดีขึ้น โดยมีการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศหลังการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจค่อนข้างจำกัด พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ มีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้น ภายหลังจากการทำ PCI 4 - 6 เดือน (Golawski et al., 2017) มีความถี่และความพึงพอใจทางเพศภายหลังจากการทำ PCI ลดลงในช่วง 1 ปีแรก และเพิ่มขึ้นหลัง 1 ปี (Xu et al., 2015) นอกจากนี้ยัง พบว่า ภายใน 8 ปี หลังการทำ PCI ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความพึงพอใจทางเพศร้อยละ 63 (Lukkarinen and Lukkarinen, 2007) จะเห็นได้ว่าการกลับมามีการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยหลังการทำ PCI ค่อนข้างใช้เวลานานอาจเนื่องมาจากความกลัว วิตกกังวล ขาดความรู้ ไม่ได้รับคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดความมั่นใจไม่กล้าที่จะมีกิจกรรมทางเพศ (Xu et al., 2015)

จากแนวทางการปฏิบัติของ American College of Cardiology / American Heart Association: ACC / AHC ปี 2012 ให้แนวทางไว้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ภายในไม่กี่วันหลังการทำ PCI แต่ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าปลอดภัย ซึ่งแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลการรักษาหลังการทำ PCI ไปแล้ว 2 - 4 สัปดาห์ (Levine et al., 2012; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2551) โดยจะประเมินสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ตรวจสอบความพร้อมของร่างกาย โดยสอบถามถึงกิจวัตรประจำวัน que ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ หรือทำการทดสอบโดยการเดินบนสายพาน หากผลปกติ ถือว่าร่างกายนั้นสมบูรณ์ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติได้ รวมทั้งการมีกิจกรรมทางเพศ (Puksta, 1977; Armstrong, 2012)

แม้การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยการทำ PCI จะได้ผลดีเพียงใด แต่ก็ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ ตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 1 ปีหลังการทำ PCI โดยภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ PCI ใน 24 ชั่วโมงแรก (Early complications) เช่น การตีบกลับซ้ำ ในตำแหน่งหลอดเลือดหัวใจที่เคยทำการขยายสำเร็จ ปัญหาของแผลบริเวณทางผ่านการฉีดยาและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณขาหนีบ (Femoral artery) หรือผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ข้อมือ (Radial artery) เช่น Groin bleeding, Retroperitoneal bleeding, Hematoma Femoral/Radial, และอื่นๆ เช่น การแพ้สารทึบแสง ภาวะไตวาย คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ Vasovagal reaction,

โรคหลอดเลือดสมอง, หัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีอาการจำเป็นต้องให้ยาหรือใส่ Pacemaker ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในช่วง 1 - 30 วันหลังทำ PCI (Late complications) เช่น Femoral pseudo aneurysm, Arteriovenous fistula, Femoral artery thrombosis, Embolism, Femoral vein thrombosis, Infection (อภิชาติ สุคนธสรณ์และศรีรัมย์ ควรประเสริฐ, 2555) นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลัง 30 วันถึง 1 ปี (Late stent thrombosis) ในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจมีการกลับมาตีบซ้ำภายใน 6 เดือนถึง ร้อยละ 20 - 30 และมีอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 60 โดยเสียชีวิตที่ 30 วันหลังใส่ ขดลวดโครงตาข่ายร้อยละ 6.7 และเสียชีวิตที่ 6 เดือนหลังการใส่ขดลวดโครงตาข่ายร้อยละ 8.9-30 (Cutlip, 2001; Kuchulakanti et al., 2006) และยัง พบว่า ประมาณ ร้อยละ 30 เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อติดตามไปในระยะ 30 วัน - 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยเกิด ภาวะอุดตันภายในขดลวดโครงตาข่ายส่งผลให้มีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25 (Wenaweser et al., 2005)

ในประเทศไทย พบว่า อัตราการเสียชีวิตและอัตราการตีบซ้ำเกิดขึ้นมากที่สุดภายใน 1 ปีแรก หลังการทำ PCI พบว่า มีการตีบซ้ำร้อยละ 30 - 40 ของหลอดเลือดหัวใจที่เคยขยายด้วยการทำ PCI สำเร็จ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2551:14) ภายหลังจากการทำ PCI ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายอย่างเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจและยัง กลัวไม่กล้าที่จะมีกิจกรรมทางเพศ จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความถี่ และความพึงพอใจในการมี กิจกรรมทางเพศลดลง กลัวอาการเจ็บหน้าอก กังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตกระทันหัน การเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกายเป็นอุปสรรคในการมีกิจกรรมทางเพศ มีภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ลดลง (Kolodny, Master, & Johnson., 1979; 170; Xu et al., 2015)

จากปัญหาข้างต้นผู้ป่วยหลังการทำ PCI ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายด้าน ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ดังนี้

ด้านร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยหลังการทำ PCI แก่ไขหลอดเลือดหัวใจไปแล้วยังมีโอกาสเกิดการ ตีบกลับซ้ำได้ในตำแหน่งหลอดเลือดที่เคยขยายเป็นผลสำเร็จหากผู้ป่วยไม่มีการดูแลตนเองที่ดี และ ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดย พบว่า ยาบางชนิด เช่น ยากลุ่ม Beta Blocker Gen. 1-beta1 beta2, Beta Blocker Gen.3-selective blocker และ non selective beta blocker, calcium channel blockers, vasodilators, diuretics, and loop diuretics ทำให้เกิดปัญหาต่อกิจกรรม ทางเพศของผู้ป่วยโดยตรง (Stienke, 2015) การศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วย มีเพศสัมพันธ์ ต่อเดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดย พบว่า ในเพศชายมีปัญหา ความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 45.9 มีปัญหาองคชาตไม่แข็งตัวลดลง ร้อยละ 40.5 ปัญหาการ หลังเร็ว ร้อยละ 24.3 มี ในเพศหญิงในรายที่มีการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพไม่ดี มีผลทำให้ความ ต้องการทางเพศลดลงเช่นกัน พบว่า มีความบกพร่องทางเพศ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการปลุกเร้า อารมณ์ การตอบสนองทางเพศของเพศหญิงลดลง ขาดความต้องการทางเพศ และการไม่ถึงจุดสุด ยอดทางเพศ คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 50 (Vacanti & Caramelli, 2005) การเสื่อมสมรรถนะทางเพศ ดังกล่าว เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดทั่วร่างกาย รวมทั้งมีเลือดที่ ไปเลี้ยงอวัยวะเพศลดลง (Cheitlin, 2003)

ปัญหาด้านจิตใจ แม้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการป่วยของโรคแต่ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการทำ PCI พบร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหนึ่งปีแรกมีความวิตกกังวลและความกลัวจะเกิดอันตรายกับหัวใจขณะมีกิจกรรมทางเพศ กลัวการเสียชีวิตกระทันหัน (Vacanti & Caramelli, 2005) การศึกษาของ Bennette et al. (2002) Schumann et al. (2010) และ Xu, et al. (2015) พบว่า ความถี่และความพึงพอใจในการมีกิจกรรมทางเพศหลังการทำ PCI ลดลงกว่าก่อนการทำ PCI ในช่วง 1 ปีแรก นอกจากนี้ ปรานิตา เสาวคนธ์ และคณะ (2545) ศึกษา พบว่าการกลับไปมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหลังทำ CABG และ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยไม่กล้ากลับไปมีกิจกรรมทางเพศ เนื่องจาก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง (Schumann et al., 2010) กลัวว่าหากยังมีเพศสัมพันธ์แล้วจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต กังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตกระทันหัน การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นอุปสรรคในการทำหน้าที่ทางเพศ มีภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง (Kolodny, Master, & Johnson, 1979) มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงบางรายที่มีอารมณ์เครียดซึมเศร้า วิตกกังวลจะทำให้การตอบสนองทางเพศลดลง การไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอดจากการร่วมเพศเป็นประจำ อาจทำให้เกิดการเบื่อหน่ายเรื่องเพศ เกิดความตายด้าน และมีอาการเจ็บอวัยวะเพศระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ได้ (วุฒิชัย บุญยณฤธิ์ และมณี ภิญญไพโรพพานิชย์ , 2542)

ปัญหาด้านสังคม เนื่องจากผู้ป่วยและคู่สมรส กลัวและไม่กล้าที่จะมีพฤติกรรมทางเพศหลังการทำ PCI จึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสเปลี่ยนไป การแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยลดลง ทำให้รู้สึกห่างเหิน เกิดความคับข้องใจระหว่างคู่สมรส ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศที่ลดลงหรือไม่มีเลย จึงทำให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมา ได้แก่ ครอบครัวแตกแยก เกิดการหย่าร้างและแยกทางได้ (Fugl - Meyer & Fugl-Meyer, 2002)

จากวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจมีการใช้คำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศที่หลากหลาย เป็นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจ มีทั้งการแสดงออกที่เป็นทางด้านร่างกายและจิตใจของตัวผู้ป่วยและคู่สมรส ดังนั้นเพื่อให้การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ มีความครอบคลุม และเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้คำว่า “การทำหน้าที่ทางเพศ” ของอุษาวดี อัศววิเศษ (2558) เพื่อศึกษาเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ 2) ความตื่นตัวทางเพศ 3) การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ 4) การถึงจุดสุดยอด 5) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และ 6) ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยประเมินผ่าน 3 มุมมองจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ 1) มุมมองด้านการมีเพศสัมพันธ์ 2) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและ 3) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศตามที่คนรอบข้าง ซึ่งจะทำให้เข้าใจบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดีขึ้น

การทำหน้าที่ทางเพศนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ที่เป็นความสุขของความสำเร็จของชีวิตครอบครัว ซึ่งขึ้นอยู่กับความสำเร็จหรือล้มเหลวของการปรับตัวทางเพศ (McCann, 1989) การที่บุคคลมีการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสมจะทำให้มีความสุขในชีวิตสมรสและมีความสำเร็จในชีวิตครอบครัว มนุษย์จำเป็นต้องมีการปรับตัวทางเพศและแสดงบทบาทในเรื่องเพศอย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงชีวิตอย่างต่อเนื่อง (Steinke, Barnason, & Mosack, 2013)

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าปลอดภัย จนถึง 1 ปีที่ผู้ป่วยยังมีโอกาสเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการ ซึ่งช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ต้องปรับตัวหลายอย่าง (Wan, et al., 2015) อาจมีการทำหน้าที่ทางเพศที่ลดลง ทั้งที่สามารถมีกิจวัตรประจำวันและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข รวมถึงการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมกับความสามารถด้านร่างกายของตนเอง โดยเลือกศึกษาในประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งในเพศหญิงและชาย เพราะเป็นวัยที่มีความต้องการทางเพศแม้จะมีภาวะความเจ็บป่วยก็ตาม (Steinke et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์และส่งผลต่อกิจกรรมทางเพศในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความถี่ และความพึงพอใจทางเพศ (Lukkarinen & Lukkarinen, 2007) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และการให้คำปรึกษาเรื่องเพศ (Xu et al., 2015) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ความใกล้ชิดสนิทสนม และความรู้เรื่องเพศ (Mourad et al., 2017) อายุ ความรู้เรื่องเพศ ระดับความรุนแรงของโรค (Lai et al., 2011) นอกจากนี้ ยังมีความกลัวในการมีกิจกรรมทางเพศของตัวผู้ป่วย และเป็นความกลัวในการมีกิจกรรมทางเพศของคู่สมรสที่กลัวผู้ป่วยได้รับอันตราย ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมีกิจกรรมทางเพศอย่างต่อเนื่องได้ เนื่องจากเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก และบางรายไม่สามารถกลับมาทำกิจกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสม โดยมีความถี่ในการมีพฤติกรรมทางเพศลดลง เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการทำ CABG (Papadopoulos et al., 1986)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจก่อนได้รับการทำหัตถการ ได้แก่ อึดมโนทัศน์ทางเพศ ประกอบด้วย ความพึงพอใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (Steinke et al., 2008; ประภาพร ดองโพธิ์และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2557) ชัญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย การรับรู้อุปสรรคในการมีพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (วินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553; ชัญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (ประภาพร ดองโพธิ์และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2557) และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Asgar et al., 2018) ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย (ชัญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (วินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553; ชัญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์และส่งผลต่อกิจกรรมทางเพศในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหัวใจมีความคล้ายคลึงกันทั้งก่อนและหลังการทำให้ผลการหลอดเลือดหัวใจ อย่างไรก็ตามการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการทำให้ผลการมีค่อนข้างจำกัด ในประเทศไทยมีการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศหลังการทำให้ผลการหลอดเลือดหัวใจ เพียง 2 เรื่อง โดยศึกษาความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ หรือ ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (ปราณีศา เสาวคนธ์ และคณะ, 2543) และการศึกษาของนารีลักษณ์ ถิ่นพายัพ (2556) ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยหลังการทำ PCI ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง คือ อาการเจ็บหน้าอก ทั้งที่ผู้ป่วยหลังการทำ PCI มีโอกาสฟื้นตัวได้เร็ว (Levine et al., 2012) ทั้งนี้สาเหตุที่มีการศึกษาน้อยอาจเนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่เห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด (นารีลักษณ์ ถิ่นพายัพ, 2556) ปัญหาการมีกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยเหล่านี้จึงถูกละเลย (Steinke et al., 2013; ชัชวาล วงศ์สารี, 2559) และพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทางเพศภายหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นแบบทั่วๆไปไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรค อีกทั้งยังขาดการประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศหลังการทำ PCI และยังไม่มีการให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงเรื่องเพศที่เหมาะสม (Svedberg et al., 2012) ทำให้ผู้ป่วยภายหลังจากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความต้องการทางเพศที่ลดลง และส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และการทำหน้าที่ทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไปรวมด้วย (Kazemi-Saleh, Pishgou, Assari, & Tavallaii, 2007)

พยาบาลเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องและมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพราะพยาบาลเป็นบุคคลที่ต้องดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล และดูแลหลังการทำ PCI จนกระทั่งกลับมาตรวจตามนัด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศหลังการทำ PCI พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องประเมินอาการของผู้ป่วยให้ครบทุกมิติ ทั้งทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจและการรับรู้ ปัจจัยด้านร่างกาย และปัจจัยด้านสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

การศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศจะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ เข้าใจ เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนทางการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางเพศให้เหมาะสมตามสถานะของโรค และวัยของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่นำมาศึกษาที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งก่อนและหลังการทำให้ผลการเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมแนะนำเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI โดยปัจจัยที่นำมาศึกษามีดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ปัจจัยด้านจิตใจและการรับรู้ ได้แก่ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศภาวะซึมเศร้าทางเพศ ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วย



โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อันจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI
2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม

### คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI เป็นอย่างไร
2. เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI หรือไม่อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI โดยใช้แนวคิดการทำหน้าที่ทางเพศของอูซาวดี อัครวิเศษ (2558) สรุปได้ว่า การทำหน้าที่ทางเพศ เป็นการกระทำหรือการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ประกอบด้วย การทำหน้าที่ทางเพศทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ 2) ความตื่นตัวทางเพศ 3) การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ 4) การถึงจุดสุดยอด 5) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และ 6) ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยประเมินผ่าน 3 มุมมองจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ 1) มุมมองด้านการมีเพศสัมพันธ์ 2) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและ 3) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติตนเอง ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางเพศ ดังนี้

**1. เพศ** เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าชายหรือหญิงตั้งแต่กำเนิดของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI แบ่งเป็น เพศชาย และเพศหญิง ใช้จำแนกความแตกต่างของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างร่างกาย อารมณ์ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม (Becker et al., 1988) โรคหลอดเลือดหัวใจมีผลทำให้เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ทางเพศ พบว่า มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะเพศไม่เพียงพอ ร้อยละ 80 สาเหตุของชายและหญิงมีความแตกต่างกันออกไป ในเพศชายมักมีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศไม่สามารถถึงจุดสุดยอดได้และการไม่ถึงจุดสุดยอดทำให้ความต้องการทางเพศลดลง ในเพศหญิงการทำหน้าที่ทางเพศลดลงสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดน้ำหล่อลื่น เจ็บปวดระหว่างร่วมเพศ ไม่ถึงจุดสุดยอด ขาดการเล่าโลม ขาดความสนใจและความต้องการทางเพศไม่เพียงพอในการมีเพศสัมพันธ์ (Oskey et al., 2015) เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะเพศลดลง ร่วมกับความกลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้มีอาการ

ของโรคกำเริบและอาจทำเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ (ธนิตา เขียรดำรงสุข, 2543) ดังนั้นเพศ อาจมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

**2. ความรุนแรงของโรค** หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรม โดยระดับความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน แบ่งได้จากความสามารถในการทำกิจกรรมและการประเมินอาการเจ็บหน้าอก ของ Canadian Cardiovascular Society (1975) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มาก เนื่องจากไม่มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะที่ออกกำลังกายหรืออาจมีอาการเพียงเล็กน้อยเมื่อพักอาการจะดีขึ้นสามารถทำกิจกรรมต่อได้ ถ้าระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 และ 4 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงจากอาการเจ็บหน้าอกต้องใช้เวลาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่สามารถมีกิจกรรมต่างๆ ได้เลย เพราะแม้แต่ในขณะที่พักยังมีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักส่งผลให้การมีพฤติกรรมทางเพศลดลง ชัยญา อุตศิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษา พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = -0.368, p < .05$ ) ดังนั้นความรุนแรงของโรค อาจมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

**3. ความรู้เรื่องเพศเพศสัมพันธ์** หมายถึง การรู้ จำ เข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับอาการที่เป็นอันตรายเป็นปัจจัยที่มีผลกับการปฏิบัติตัวตามแนวคิดของ Steinke (1999) การขาดความรู้ทำให้เกิดความบกพร่องของกิจกรรมทางเพศกับผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการทำ PCI มีการหลีกเลี่ยงหรือหยุดกิจกรรมทางเพศหลังการเจ็บป่วยเนื่องจากกลัวอันตรายถึงชีวิตจากการขาดความรู้ที่แท้จริงมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยและคู่ครองไม่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องเพศภายหลังเป็นโรคหัวใจ (Steinke et al., 2009; Jaarsma et al., 2010) การศึกษาของ Lai et al. (2011) พบว่า ความรู้เรื่องเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจมากที่สุด ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงหรืออาจหยุดการมีกิจกรรมทางเพศ เนื่องจากกลัวอันตรายหรือเสียชีวิต โดยความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยก่อนและหลังการทำ CABG ( $r = 0.295, P < .01$ ) และประภาพร ดองโพธิ์และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2557) พบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ( $r = .159, p < .05$ ) ดังนั้น ความรู้เรื่องเพศเพศสัมพันธ์ อาจมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

**4. ความวิตกกังวลทางเพศ** หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์หวาดหวั่นและตึงเครียดเกิดขึ้น เพราะมนุษย์ต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความวิตกกังวลเป็นการคาดคะเนของบุคคลและแตกต่างกันไปตามการรับรู้และการคิดของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์ซึ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล สิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า (Spielberger, 1976)

ความวิตกกังวลทางเพศ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI มีกิจกรรมทางเพศลดลงเนื่องจากกลัวเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ (Steinke et al., 2009; Steinke et al., 2013) ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความวิตกกังวลในการมีกิจกรรมทางเพศเพราะกลัวอาการต่างๆ จะรุนแรงขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านการมีกิจกรรม

ทางเพศ การไม่กล้าสอบถามข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล และ พบว่า ผู้ป่วยไม่กล้าพูดคุยกับคู่ครองเกี่ยวกับปัญหาเรื่องเพศภายหลังจากเป็นโรค ยิ่งทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น มีกิจกรรมทางเพศลดลง (Westlake et al., 1999; Schwarz, et al., 2008) การศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ( $r = -.388, p < .05$ ) ชัยญา อุทิศสิริพานิชและ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = -.577, p < .05$ ) ดังนั้น ความวิตกกังวลทางเพศ อาจมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

**5. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ** หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถที่จะจัดการและตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเองกับคู่สมรส ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ในการมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จตามความต้องการของตน ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงย่อมมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้สำเร็จ และจะคงไว้ถ้ากิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์หรือมีผลดีกับตนเอง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อาจมีอาการเจ็บหน้าอก อาการจะเป็นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยไม่กล้ามีกิจกรรมทางเพศขาดความมั่นใจในสมรรถภาพทางเพศของตนและกลัวอาการรุนแรงขึ้นส่งผลให้ขาดความสนใจทางเพศ และความถี่ในการมีกิจกรรมทางเพศลดลงหรือหยุดการมีกิจกรรมทางเพศ (Schwarz et al., 2005) มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากมีความมั่นใจในตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศด้านเพศสัมพันธ์ได้ (สมพร งามวิสัย, 2553) วินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ( $r = .605, p < .05$ ) นอกจากนี้ชัยญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = .652, p < .05$ ) ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ อาจมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

**6. ภาวะซึมเศร้าทางเพศ** หมายถึง ความรู้สึกเศร้า หดหู่ ผิดหวังในคุณภาพทางเพศของตนเอง ทำให้ไม่มีความสุขทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI โดยภาวะซึมเศร้าส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด ขาดสมาธิ หรือแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงขาดความสนใจทางเพศ (Beck, 1967) การมีปัญหาทางอารมณ์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการทำงานของต่อมไร้ท่อทำให้ระบบประสาทส่วนกลางและสาร Neurotransmitters ในสมอง รวมทั้งระดับฮอร์โมนทางเพศลดต่ำลง ทำให้ความต้องการและการตอบสนองทางเพศลดลง (วันชัย นัยรักษ์เสรี, 2546) ภาวะซึมเศร้าทำให้การทำหน้าที่ทางเพศลดลงขณะเดียวกันเมื่อการทำหน้าที่ทางเพศที่ลดลงก็ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้เช่นกัน (Schwarz et al., 2010) การศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ( $r = -.512, p < .05$ ) และชัยญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า ภาวะซึมเศร้า

ในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = -.610, p < .05$ ) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าทางเพศ อาจมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

**7. การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การช่วยเหลือของบุคคลและการรับรู้ของบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยที่บุคคลที่ให้การช่วยเหลือต้องมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ ควรเป็นภรรยาหรือสามี ผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นในลักษณะนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางด้านอารมณ์การสร้างความรู้สึกทางบวก หรือในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น การรักษาและการนำส่งโรงพยาบาลเมื่ออาการของโรคกำเริบ (Kaplan et al., 1977) Drory et al. (1998) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจ ( $r = .17$  และ  $.12, p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของวินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ( $r = .433, p < .05$ ) และชญญา อุทศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = .394, p < .05$ ) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม อาจมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นสามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI
2. ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI
3. ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI และศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องโดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI ในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐระดับ ตติยภูมิ (super tertiary care) เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI เพศชาย และหญิงอายุ 18-59 ปี เข้ามารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคหัวใจในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

### ตัวแปรที่ศึกษา

ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม และการทำหน้าที่ทางเพศ

### คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

**การทำหน้าที่ทางเพศ** หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ประกอบด้วย การทำหน้าที่ทางเพศทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ 2) ความตื่นตัวทางเพศ 3) การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ 4) การถึงจุดสุดยอด 5) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และ 6) ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยประเมินผ่าน 3 มุมมอง จากตัวผู้ป่วย ได้แก่ 1) มุมมองด้านการมีเพศสัมพันธ์ 2) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและ 3) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติตนเอง ดัดแปลงแบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual Function Instruments) ของอุษาวดี อัครวิเศษ (2558) เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

**เพศ** หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าชายหรือหญิงตั้งแต่กำเนิดของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI แบ่งเป็น เพศชาย และเพศหญิง

**ความรุนแรงของโรค** หมายถึง ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI จำแนกตามอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคของชัยญา อุทิศสิริพานิช (2553) ตามหลักเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) ซึ่งแบ่งความรุนแรงของโรคเป็น 4 ระดับ ประเมิน ณ วันที่ผู้ป่วยร่วมตอบแบบประเมิน แบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้ 4 ระดับดังนี้

ความรุนแรงระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ในระดับปกติ

ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และถ้าได้พักระยะหนึ่งจะสามารถทำกิจกรรมต่อได้

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติอย่างชัดเจน ในภาวะปกติและจะมีอาการเจ็บหน้าอก อาการไม่ดีขึ้นเมื่อต้องพักต้องอมยาขยายหลอดเลือดได้ลิ้นจืดขึ้น

ความรุนแรงระดับที่ 4 ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีเจ็บแน่นหน้าอกขณะพัก ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 และ 2 เท่านั้น

**ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์** หมายถึง การมีความรู้ จำ เข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการมีกิจกรรมทางเพศ สัญญาณอันตรายและแนวทางแก้ปัญหาหากเกิดอาการขณะมีเพศสัมพันธ์ ยาที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ การเตรียมตัวก่อนการมีเพศสัมพันธ์รวมถึงการใช้ ท่า เวลา สถานที่ ที่เหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ The Sex After Myocardial Infarction Knowledge Test: SMIKT ของ Asgar et al., 2018) แปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back

translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและตรวจสอบโดยเจ้าของเครื่องมืออีกครั้งเพื่อความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหา เป็นข้อคำถาม 2 ตัวเลือก ถูก ผิด

**ความวิตกกังวลทางเพศ** หมายถึง ความรู้สึกกังวลใจ กลุ้มใจ ยุ่งยากใจ กระทบกระวายเป็น มีความกดดันและหวาดกลัวเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของตนเองกับคู่ครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้และการปรับตัวทางเพศด้านความวิตกกังวลทางเพศ (Sexual self-perception and adjustment) ของ Steinke (2013) แปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา และทำการตรวจสอบโดยเจ้าของเครื่องมือเพื่อความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหา เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ** หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถที่จะจัดการและตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเองกับคู่สมรส ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ในการมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จตามความต้องการของตน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้และการปรับตัวทางเพศ (Sexual self-perception and adjustment) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศของ Steinke (2013) แปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและตรวจสอบโดยเจ้าของเครื่องมืออีกครั้งเพื่อความถูกต้อง และความสอดคล้องของเนื้อหา เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

**ภาวะซึมเศร้าทางเพศ** หมายถึง ความรู้สึกเศร้า หดหู่ ผิดหวังในคุณภาพทางเพศของตนเอง ทำให้ไม่มีความสุขทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้และการปรับตัวทางเพศ (Sexual self-perception and adjustment) ด้านภาวะซึมเศร้าทางเพศ ของ Steinke (2013) แปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและตรวจสอบโดยเจ้าของเครื่องมือเพื่อความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหา เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่คู่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสม อาจเป็นในลักษณะของนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร รับฟังให้ความรักหรือความอบอุ่นทางด้านอารมณ์ การสร้างความรู้สึกทางบวก การเข้าใจและยอมรับได้กับโรคของผู้ป่วยและปัญหาเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศ หรืออาจเป็นในลักษณะของรูปธรรม เช่น การตอบสนองความต้องการทางเพศซึ่งอาจเป็นการแสดงออกแบบร่วมเพศหรือไม่ร่วมเพศ การช่วยเหลือด้านการรักษาและการนำส่งโรงพยาบาลเมื่ออาการของโรคกำเริบ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายของชัยญา อุทิศสิริพานิช (2553) เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการประเมินและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ยังทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ยังทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
  - 1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรค
  - 1.2 ความหมาย
  - 1.3 พยาธิสภาพ
  - 1.4 อาการและอาการแสดง
  - 1.5 การรักษา
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI
3. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย



## 1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

### 1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรค

อุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction : MI) พบมากเป็นอันดับต้นๆ ของกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเกิดภาวะขาดเลือด สาเหตุสำคัญเกิดจากหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบ (Ammann et al., 2000) เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานานทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นตาย (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2550) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2016) รายงานว่าโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้ประชากรเสียชีวิตทั่วโลกถึง 17.5 ล้านคนต่อปีและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 23 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ.2030) ในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2559 พบอัตราการตายเท่ากับ 32.3 ต่อแสนประชากร หรือเท่ากับ 21,008 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา รายงาน จาก American Heart Association ปี 2010 พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI ประมาณ 1,500,000 รายต่อปี (Lloyd, 2010) และยังมีรายงานสถิติจาก 62 โรงพยาบาลในรัฐนิวยอร์ก ระหว่างปี 2011 - 2014 พบว่า มีผู้ที่เข้ารับการทำให้ PCI สามารถกลับบ้านได้อย่างปกติถึง 143,535 ราย สำหรับในประเทศไทยมีแนวโน้มการทำ PCI เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.51 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 26.25 ในปี 2558 (ข้อมูลรายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประจำปี งบประมาณ 2558)

### 1.2 ความหมาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction : MI) เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีความผิดปกติ เกิดการตีบแคบหรืออุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ ในภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ไม่มีเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจนที่ต้องการกับปริมาณที่ได้รับ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นระยะเวลาสั้น ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณส่วนนั้นตาย (สมชาย เอื้อรัตน์วงศ์ และคณะ, 2550; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากกระบวนการเสื่อมของหลอดเลือด (Atherosclerosis) ทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงและตายในที่สุด ส่งผลต่อระบบการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ (Cardiac dysrhythmia) เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart Failure) ความรุนแรงขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่มีการอุดตัน และการมีหรือไม่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงชดเชย บางรายอาจมีอาการรุนแรงนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ประมาณร้อยละ 60 พบว่าเสียชีวิตทันทีภายในหนึ่งชั่วโมง ก่อนที่จะได้รับการรักษา (สุพจน์ ศรีมหาโชตะ และสมนพร บุญยะรัต เวชสองเมือง, 2552)

### 1.3 พยาธิสภาพ

กล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากการตีบแคบและเสื่อมของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจจึงลดลงทำให้ปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการไม่สมดุลกัน เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดเป็นภาวะหัวใจขาดเลือด (ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา, 2551) ซึ่งมีขั้นตอนการเกิดแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 Fatty streak มีลักษณะเป็นคราบไขมันสีเหลืองที่ประกอบด้วย macrophage และเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ (smooth muscle cells) ก่อตัวและสะสมพอกในผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง (intima) คราบไขมันนี้ยังไม่ทำให้การไหลเวียนเลือดหยุดชะงักจึงไม่มีอาการแสดง

ระยะที่ 2 Fibrous plaque เป็นการก่อตัวของคราบไขมันที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระยะนี้จะมี extracellular lipid core แทรกในเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ macrophage และ form cell พอกทับ fatty streak กลายเป็น plaque ที่มีลักษณะเป็นปื้นไขมันสีเหลืองเทาพอกติดกับเยื่อบุผิวชั้นในหลอดเลือดแดง (intima) มีการปริแตกได้ง่าย

ระยะที่ 3 Ruptured plaque คือ plaque ที่มีการฉีกขาดหรือปริแตก เมื่อเกิดการปริแตกของ plaque จะมีเกร็ดเลือดมาปกคลุมบริเวณที่มีร่องรอยแตก เกิดการกระตุ้นระบบ fibrinogen cross-link platelet ร่วมกับการกระตุ้นระบบ coagulation system จนเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่ที่เรียกว่า thrombin อุดกั้นทางเดินหลอดเลือดแดงโคโรนารี เป็นผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือหยุดชะงักและผู้ป่วยจะแสดงอาการ ได้แก่ เจ็บหน้าอก ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแบ่งได้เป็น 2 ชนิด (ประดิษฐ์ ปัยจวีฉิน, 2554; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2555) ได้แก่

1) ST elevation acute coronary syndrome (STEMI) หมายถึงผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ 100 % มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment elevation ที่ติดต่อกันอย่างน้อย 2 lead ที่เกี่ยวเนื่องกัน หากไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด กล้ามเนื้อหัวใจตายถึงแก่ชีวิตได้

2) Non ST elevation acute coronary syndrome (NSTEMI) เป็นผลจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดไม่พบ ST elevation แต่คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะเกิดเป็น ST depression หรือ T wave inversion

### 1.4 อาการและอาการแสดง

การตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี ส่งผลให้เลือดผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อย ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตาย (สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2555) แบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1.4.1 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่มที่มี persistent ST-segment elevation หรือ ST elevation myocardial infarction (STEMI) จะมีอาการเจ็บเค้นอกเหมือนถูกบีบรัด คล้ายถูกของหนักทับกลางหน้าอก หรือเอียงไปทางซ้ายอย่างรุนแรงนานมากกว่า 20 นาที อาจร้าวไปที่หลัง ไหล่ คอ หรือแขนได้ อาจมีอาการใจสั่น หอบเหนื่อยหายใจไม่ทัน เหงื่อออกมาก คล้ายจะเป็นลมหรือ

หมดสติ ในระยะแรกอาจจะมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นๆหายๆ (pre-infarction angina) นำมาก่อนได้ (ดาร์ส ตรีสุโกศล, 2554)

1.4.2 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่มที่ไม่มี persistent ST-segment elevation มักจะแสดงออกใน 4 รูปแบบ แต่จะเป็น UA หรือ NSTEMI นั้นขึ้นอยู่กับว่ามีระดับ troponins ในเลือดหรือไม่ โดยอาการเจ็บหน้าอกจะเป็นอาการที่พบบ่อย ซึ่งมีรูปแบบดังนี้ (ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, 2554; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2555)

1) เจ็บหน้าอกนานมากกว่า 20 นาที และเกิดตอนไม่ออกแรง  
2) เจ็บหน้าอกแบบ new onset (de novo) angina (ความรุนแรงตาม Canadian Cardiovascular Society Classification ระดับ class II หรือ III) ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกที่เพิ่งเริ่มเป็นภายใน 1 เดือน โดยเป็นขณะออกกำลังกายหรือทำงานจนไม่สามารถทำงานปกติประจำวันได้

3) เจ็บหน้าอกแบบ accelerated หรือ crescendo angina คือ มีการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยที่เคยเป็นหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ก่อนแล้ว (stable angina) โดยมีความถี่เพิ่มขึ้น, ระยะเวลาแต่ละครั้งนานขึ้น, ออกแรงน้อยลงก็มีอาการเจ็บหน้าอก โดยควรมีความรุนแรงอย่างน้อยตาม class III ตาม Canadian Cardiovascular Society Classification

4) Post MI angina มีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นซ้ำอีกภายใน 48 ชั่วโมง หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บหน้าอกแบบแน่นๆ บริเวณหลังกระดูก sternum (angina) โดยร้าวไปที่แขนซ้าย คอ หรือ ขากรรไกร อาจเป็นแบบ intermittent หรือ persistent และมีอาการอื่นๆเกิดขึ้นร่วมกัน ได้แก่ คลื่นไส้, ปวดท้อง, เหนื่อยหอบ, เหงื่อออกมาก หรืออาการหมดสติชั่วคราว แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการที่ atypical เช่น มีอาการเจ็บบริเวณลิ้นปี่, ท้องอืด, เจ็บแบบถูกแทง, เจ็บคล้าย pleuritic pain หรือมาด้วยอาการเหนื่อยหอบโดยไม่เจ็บหน้าอก อาการที่ atypical เหล่านี้มีมักพบในผู้ป่วยอายุมากกว่า 75 ปี ในผู้ป่วยสตรีและผู้ป่วยเบาหวาน ไตเสื่อม หรือ ภาวะสมองเสื่อม

## 1.5 การรักษา

วัตถุประสงค์ในการรักษา คือ การให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนและทำให้กล้ามเนื้อหัวใจ มีการกำซาบเลือดได้เร็วที่สุดเพื่อป้องกันการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดอาการเจ็บปวด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้การฟื้นฟู การรักษาจะได้ผลดีเมื่อเริ่มภายในระยะเวลา 12 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และเริ่มรักษาทันทีภายใน 30 นาทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล โดยทั่วไปแนวทางการรักษา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะแบ่งออกเป็น 2 แนวทาง คือ กลุ่มผู้ป่วย ST-Elevation MI (STEMI) และกลุ่ม Non-ST-Elevation MI (NSTEMI) /unstable angina มีหลักการรักษาดังนี้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2555)

### 1.5.1 หลักการรักษา ST-Elevation MI

ผู้ป่วย STEMI ต้องได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยทันทีที่มาโรงพยาบาล จะต้องได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลภายใน 5 - 10 นาที และแพทย์ต้องสั่งการรักษาทันที โดยมีหลักการรักษาดังนี้

### 1) การให้ยาต้านเกล็ดเลือด

สามารถให้ทันทีที่วินิจฉัยได้ โดยให้ยา aspirin ขนาด 160 - 325 มก. เคี้ยวกลืนทันทีก่อนทำ PCI ตามด้วยขนาด 81 - 325 มก. ทุกวันตลอดไป โดยขนาดยาต่อเนื่อง (maintenance dose) ตามมาตรฐานที่แนะนำ คือ 81 มก./วัน ร่วมกับยาอีกตัวได้แก่ clopidogrel ซึ่งเป็น thienopyrine prodrug ให้ขนาด 300 - 600 มก. รับประทานทันทีก่อนทำ PCI ตามด้วยขนาด 75 มก.ต่อวัน รับประทานควบคู่กับ aspirin อย่างน้อย 1 ปี (O'Gara et al., 2013)

### 2) Coronary reperfusion

2.1) Pharmacological therapy ได้แก่ การรักษาด้วยยาเพื่อเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยให้ยากลุ่ม fibrinolytic agent ทันทีที่วินิจฉัยได้ โดยระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการเจ็บหน้าอกจนเริ่มให้ยาไม่ควรเกิน 6 ชั่วโมง ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในปัจจุบันได้แก่

- Tenecteplase (TNK-tPA) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูง ได้ผลดีในการละลายลิ่มเลือดที่ 90 นาที ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ขนาดที่ใช้ได้แก่ 0.5 มก. ต่อน้ำหนักตัว 1 กก.

- Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในขนาด 0.75 มก./กก. (หรือไม่เกิน 50 มก.) นาน 30 นาที ตามด้วยยาขนาด 35 มก. นาน 60 นาทีตามลำดับ (รวมไม่เกิน 100 มก.) และต้องลดขนาดลงหากน้ำหนักตัวน้อยกว่า 50 มก.

- Streptokinase เป็นยาสังเคราะห์จาก Penicilium species ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ไม่จำเพาะกับลิ่มเลือด (systemic fibrinogenolysis) ขนาดที่ใช้ได้แก่ 1.5 ล้านยูนิตผสมในสารละลายหยดเข้าหลอดเลือดดำนาน 60 นาทีหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด ต้องติดตามอาการเจ็บหน้าอกว่าหายไปหรือไม่ ภายในเวลา 90-120 นาทีหลังจากได้ยา ต้องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำเพื่อติดตาม ST-segment resolution อย่างน้อยเกินครึ่งหนึ่งของระดับ ST elevation ก่อนรักษาหรือลดเป็นปกติที่ระดับ isoelectric level หากผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บหน้าอก หรือมี persistent ST elevate ที่บ่งชี้ว่า failed thrombolysis ต้องทำการรักษาด้วยวิธี rescue PCI ต่อไป

2.2) Mechanical reperfusion (Primary PCI) ใช้รักษาผู้ป่วย acute STEMI ที่มาภายใน 12 ชั่วโมง นับจากเวลาที่เกิด acute STEMI โดยผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดมาก่อนหน้านี้ และการทำ primary PCI ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐาน คือ เวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงเวลาที่ขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตันสำเร็จ

(door to balloon time) ต้องไม่เกิน 90 นาที แพทย์ผู้ให้การรักษาโดยการทำการ primary PCI จะต้อง มีประสบการณ์การทำ PCI ไม่น้อยกว่า 75 ครั้งต่อปี

2.3) การลดอาการปวด สามารถลดขนาดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ด้วยการให้ Oxygen therapy และการให้ยา Morphine sulphate โดยควรรักษาร่วมกันไปพร้อมกับการเปิดหลอดเลือด

### 1.5.2 หลักการรักษา NSTEMI/UA

ผู้ป่วย NSTEMI/UA อาจมีอาการและอาการแสดงได้หลายรูปแบบตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงเสียชีวิตได้ ซึ่งการรักษาในปัจจุบันมี 2 วิธี ได้แก่ invasive strategy คือ ให้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการทำการ cardiac catheterization เพื่อดูรอยตีบของหลอดเลือดหัวใจ และทำการถ่างขยาย หลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนหรือขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) หรือ ผ่าตัดต่อหลอดเลือด (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) และ conservative strategy โดยให้การรักษาด้วยยาอย่างเต็มที่และจะทำ cardiac catheterization เฉพาะกลุ่มที่มีความผิดปกติ เท่านั้น

#### 1) การรักษาด้วยยา เพื่อลดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1.2) ยากลุ่ม Beta blocker ออกฤทธิ์ในการช่วยยับยั้งผลของ catecholamine ในกระแสเลือดที่มีผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจและช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อ หัวใจ โดยลดอัตราการเต้นของหัวใจลดความดันโลหิตและลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แนะนำให้ ใช้ยากลุ่ม cardioselective เช่น metoprolol ขนาด 25 - 50 มก. วันละ 2 ครั้ง หรือ atenolol ขนาด 50 - 100 มก. วันละครั้ง ถ้าไม่มีข้อห้าม และควรให้ตลอดไป

1.2) ยากลุ่ม Nitrates Nitrates มีผลขยายระบบหลอดเลือดดำ ซึ่งนำไปสู่การลด myocardial preload และลด LV end-diastolic volume จึงช่วยลด myocardial oxygen consumption นอกจากนี้ยังช่วยขยาย coronary arteries ทั้งที่ปกติและมี atherosclerosis และยังช่วยเพิ่ม coronary collateral flow ใช้ได้ใน 24 - 48 ชั่วโมงแรกของ NSTEMI/UA ในกรณีที่มี recurrent ischemia, hypertension หรือ heart failure

1.3) ยากลุ่ม Calcium channel blockers โดยมี 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ dihydropyridines (เช่น nifedipine, amlodipine) benzothiazepine (เช่น diltiazem) และ phenylethylamine (เช่น verapamil) ตัวยาที่มีผลทำให้หลอดเลือดแดงส่วนปลายขยายได้มากที่สุด คือ nifedipine และ amlodipine ส่วนตัวยาที่มีผลน้อยที่สุด คือ diltiazem อย่างไรก็ตาม ยากลุ่ม calcium channel blockers จะสามารถขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้พอๆกัน จึงสามารถช่วยลด อาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

1.4) การรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด ในการรักษาผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่ม NSTEMI/UA จำเป็นต้องได้ยาต้านเกล็ดเลือดโดยเร็วที่สุดเพื่อลดความ

เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจาก acute ischemia และ recurrent atherothrombotic events ต่างๆ โดยมียาต้านเกล็ดเลือดที่ใช้อยู่ 3 กลุ่ม (Amsterdam et al.,2014) ดังนี้

Aspirin ออกฤทธิ์ต่อ cyclo-oxygenase (COX-1) ยับยั้งการสร้าง thromboxane A<sub>2</sub> ทำให้มีการยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือดอย่างถาวร ขนาดที่ใช้เริ่มต้น 162-325 มก. ควรให้ทันทีและให้ทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น NSTEMI/UA (ถ้าไม่มีข้อห้าม) จากนั้นให้ 81-325 มก./วัน ไป ตลอดชีวิต โดยขนาดยาต่อเนื่อง (maintenance dose) ตามมาตรฐานที่แนะนำ คือ 81 มก./วันตลอดไป

P2Y<sub>12</sub> receptor inhibitors ยับยั้งการจับ ADP ต่อ platelet P2Y<sub>12</sub> receptors ด้วยากลุ่มนี้ที่เป็น prodrug thienopyridines เช่น clopidogrel และ prasugrel จะถูกเปลี่ยนไปเป็นโมเลกุลที่จะจับกับ P2Y<sub>12</sub> receptors อย่างถาวร จึงยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือดอย่างถาวรส่วนยาใหม่ในกลุ่ม pyrimidine deverative คือ ticagrelor จะจับแบบ reversible กับ P2Y<sub>12</sub> receptors ได้โดยตรง โดยไม่ต้องมี biotransformation ยาที่ใช้บ่อยคือ clopidogrel ขนาดเริ่มต้น 300-600 มก. จะให้เมื่อผู้ป่วยได้รับ aspirin และ anticoagulant ไปแล้ว จากนั้นให้ clopidogrel 75 มก./วัน ในกรณี conservative strategy ให้ยาต่อเนื่องไปอย่างน้อย 1 เดือน (ถ้าเป็นไปได้ให้ 1 ปี) ส่วน invasive strategy และใช้ bare metal stent ให้รับประทานอย่างน้อย 1 เดือน แต่ถ้าใช้ drug eluting stent ต้องให้อย่างน้อย 1 ปี Prasugrel ขนาดเริ่มต้น 60 มก. จากนั้นให้ prasugrel 10 มก./วัน โดยมีข้อห้ามในผู้ที่มีประวัติ stroke หรือ TIA, ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี, ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 60 กก. เพราะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกได้สูง Ticagrelor ขนาดเริ่มต้น 180 มก. ตามด้วยขนาด 90 มก. วันละ 2 ครั้ง

Glycoprotein IIb/IIIa receptor antagonist เป็นยาชนิดมี abciximab, eptifibatid และ tirofiban ออกฤทธิ์ยับยั้งการจับกันของเกล็ดเลือดที่ final common pathway Abciximab ขนาดที่ใช้ 0.25 มก./กก. ทางหลอดเลือดดำและให้ต่อในขนาด 0.125 ไมโครกรัม/กก. (ขนาดสูงสุดไม่เกิน 10 ไมโครกรัม/นาที่) ต่อไปอีก 12 ชั่วโมงหลังทำ PCI eptifibatid ขนาดที่ใช้ 0.4 ไมโครกรัม/กก. ทางหลอดเลือดดำ ในเวลา 30 นาทีและให้ต่อในขนาด 0.1 ไมโครกรัม/กก./นาที่ ต่อไปอีก 18 ชั่วโมง หลังทำ PCI

### 1.5) การรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant)

Fondaparinux ออกฤทธิ์จับกับ factor Xa และจับกับ antithrombin ไปกระตุ้นการออกฤทธิ์ยับยั้ง factor Xa ของ antithrombin อีกทางหนึ่ง ขนาดที่ใช้บ่อย คือ 2.5 มก. ฉีดใต้ผิวหนัง วันละครั้ง

Unfractionated heparin (UFH) เป็นส่วนผสมของ polysaccharide molecules จำนวนมาก โมเลกุลส่วนหนึ่งใน UFH จะจับกับ antithrombin และเร่งปฏิกิริยาให้ antithrombin ยับยั้ง factor IIa โดยการจับทั้ง thrombin และ antithrombin ขนาดที่ใช้ 50 - 60 ยูนิต/กก. เข้าทางหลอดเลือดดำ แล้วให้ต่อในขนาด 12 ยูนิต/กก./ชม. โดยปรับขนาดให้ได้ค่า aPTT ที่ 50-75 second

Enoxaparin ขนาด 1 มก./กก. ฉีดใต้ผิวหนังวันละ 2 ครั้ง (ในกรณีที่มี creatinine clearance น้อยกว่า 30 ซีซี/นาที ให้เหลือวันละ 1 ครั้ง ในกรณีผู้สูงอายุ ก็เช่นเดียวกัน อาจลดขนาดลงเหลือวันละครั้ง)

Bivalirudin ขนาด 0.1 มก./กก. เข้าทางหลอดเลือดดำ และให้ต่อด้วยขนาด 0.25 มก./กก./ชม. แต่ถ้าจะทำ PCI ให้เพิ่มอีก 0.5 มก./กก./ชม.

Statin therapy ถ้าผู้ป่วยยังไม่เคยได้ยากลุ่มนี้มาก่อน ควรให้ยาทันทีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น NSTEMI/UA โดยอาศัยฤทธิ์ anti-inflammatory ของ statin ที่สามารถออกฤทธิ์ได้ทันที และช่วย stabilized plaque ได้ ทำให้ลดผลแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ยาในกลุ่มนี้ คือ atorvastatin (80 มก./วัน) โดยไม่ต้องคำนึงว่าระดับ cholesterol ในเลือดจะเป็นเท่าใด โดยตั้งเป้าหมายให้ระดับ LDL-C ที่ต่ำกว่า 70 มก./ดล.

## 2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ (Myocardial Revascularization) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มเลือดไปยังหลอดเลือดหัวใจ ให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บหน้าอก ลดอัตราการตายเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพิจารณาทำหัตถการใดนั้น ขึ้นกับอาการแสดงของผู้ป่วย ความรุนแรงของโรค ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและโรคร่วมของผู้ป่วย รวมถึงความถนัดและความพร้อมของแต่ละสถาบัน ปัจจุบันหัตถการในการเพิ่มเลือดไปยังหลอดเลือดหัวใจมี 2 วิธีใหญ่ๆ คือ Percutaneous coronary intervention: PCI และ Coronary artery bypass grafting: CABG ดังนี้

2.1) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงให้เส้นเลือด (Coronary artery bypass graft: CABG) เป็นการเชื่อมต่อเส้นเลือด Ascending aorta ข้ามในจุดที่ตีบตันไปยังเส้นเลือดที่ดีอยู่ทำให้เลือดสามารถข้ามจุดที่ตีบตันไปเลี้ยงส่วนปลายได้ การรักษาด้วยวิธีนี้จะทำให้ผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจทั้ง 3 เส้นอย่างรุนแรง (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2550)

## 2.2) การรักษาด้วยการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ

(Percutaneous Coronary Intervention: PCI) หมายถึง หัตถการตกแต่งหลอดเลือดหัวใจโดยผ่านทางผิวหนังเข้าหลอดเลือดแดงใหญ่ บริเวณขาหนีบ หรือข้อมือโดยการเจาะหลอดเลือดผ่านผิวหนังแล้วสอดสายสวนชนิดพิเศษเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจเพื่อขยายหรือถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบ การทำ PCI เป็นการทำการหัตถการเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจที่ตีบหรืออุดตัน สามารถบรรเทาอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพดีในภาวะฉุกเฉิน มีความเสี่ยงต่ำ มีความสะดวกปลอดภัยมีความสำเร็จสูง สามารถฟื้นตัวได้เร็ว (ธนวัฒน์ เบญจานุวัตร, 2543; Serruys et al., 2009) ด้วยเทคโนโลยีและความรู้ความสามารถในการทำ PCI มีการพัฒนาขึ้นเป็นอย่างมาก มีการใช้ขดลวดถ่างขยายชนิดเคลือบยาที่ดี และมีการพัฒนายากลุ่ม antiplatelet ที่ดีขึ้น จึงเริ่มมีการทำ PCI ในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีความยุ่งยากมากขึ้น

### 2.2.1) ข้อบ่งชี้ในการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การทำ PCI สามารถทำได้ทันทีโดยแพทย์โรคหัวใจที่มีความเชี่ยวชาญ (Interventional cardiologist) ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมด้านศักยภาพ สำหรับผู้ป่วย STEMI การรักษาด้วยวิธี primary PCI ถือว่าเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด และมีความปลอดภัยหากสามารถทำได้ทันที จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI ภายใน 12 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ มีผลในการรักษาทั้งระยะสั้นและระยะยาวดีขึ้นสามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 25 ลดการเกิดซ้ำของโรค (re-infarction) ได้ร้อยละ 64 ลดการเกิดเลือดออกในสมองได้ถึงร้อยละ 95 และลดการเกิด stroke ทุกชนิดได้ ร้อยละ 53 เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการใช้ยาในกลุ่ม fibrinolytics (เกรียงไกร เสงรัตมี และวิรัช เคหะสุขเจริญ, 2555)

สำหรับผู้ป่วย NSTEMI/UA ประมาณร้อยละ 32-40 จะได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI (Amsterdam et al., 2014) จะต้องมีข้อบ่งชี้ในการทำ PCI ดังนี้ (ธนวัฒน์ เบญจานุวัตร, 2555)

1) ผู้ป่วย NSTEMI ที่มีลักษณะทางคลินิกจัดอยู่ในกลุ่ม intermediate หรือ high risk ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องใช้แนวทางการรักษา early invasive strategy และต้องไม่มีโรคร่วมชนิดรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยมีพยากรณ์ของโรคแย่มาอยู่แล้ว เช่น ระยะสุดท้ายของ hepatic, pulmonary หรือ renal failure หรือเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย เป็นต้น และบริเวณ culprit lesion ที่ก่อให้เกิด NSTEMI ต้องมีลักษณะที่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยวิธี PCI ด้วย

2) ผู้ป่วย NSTEMI ที่มี 1 หรือ 2-vessel disease และมีพยาธิสภาพก่อให้เกิดการตีบอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (diameter stenosis ตั้งแต่ร้อยละ 70) ที่ proximal LAD หรือไม่มีก็ได้ culprit lesion ที่จะทำการขยายจะต้องเป็นจุดที่มีผลต่อการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นพื้นที่ในปริมาณไม่น้อยอย่างชัดเจน และต้องเป็นบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจที่ยังทำงานได้อยู่ ไม่ใช่เป็นแผลเก่าจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย



3) ในผู้ป่วยที่เป็น multivessel disease ให้เลือกทำเฉพาะ culprit

lesion ก่อน สำหรับตำแหน่งตีบตำแหน่งอื่นให้ประเมินใหม่ที่หลังว่ายังจำเป็นต้องนัดกลับมาทำ PCI เพิ่มเติมที่หลังหรือไม่ (stage procedure)

4) ผู้ป่วย multivessel disease ที่มีรอยโรคตีบ เหมาะต่อการรักษาด้วยวิธี PCI มี left ventricle ทำงานปกติ และไม่มีเบาหวาน

**2.2.2) ข้อห้ามในการตรวจสอบสวนหัวใจ** มีภาวะเลือดออก ภาวะซีด ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยมีความดันโลหิตสูงมากกว่า 180/90 mmHg มีภาวะการติดเชื้อ (Systemic Inflammatory Response Syndrome: SIRS) มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น VF VT มีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร มีการบาดเจ็บที่สมองภายใน 2-3 เดือนก่อน มีประวัติแพ้สารทึบรังสี มีภาวะไตวาย โดยพบค่า Creatinine clearance น้อยกว่า 30 mL/min มีภาวะโพแทสเซียมสูงมากกว่า 5.5 mmol/L หรือมี Digitalis level มากกว่า 1 ng/ml มีภาวะหัวใจวายนอนราบไม่ได้ เป็นต้น

**2.2.3) ข้อดีของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด** คือ ไม่ต้องทำการผ่าตัดและไม่ต้องดมยาสลบ ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนจึงต่ำกว่าการทำบายพาส ผู้ป่วยสามารถออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น กลับสู่ชีวิตปกติได้เร็วกว่า ไม่ต้องมีระยะพักฟื้นที่นานเหมือนภายหลังการผ่าตัด แพทย์สามารถทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดซ้ำได้หลายครั้ง มีความปลอดภัยสูง

**2.2.4) ข้อจำกัดของการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด** คือ ลักษณะการตีบบางอย่างของหลอดเลือดหัวใจไม่เอื้อต่อการทำบอลลูน ทำให้การขยายหลอดเลือดด้วยวิธีดังกล่าวอาจทำไม่สำเร็จ ไม่ปลอดภัย หรือได้ผลที่ไม่ดีนัก และการกลับตีบซ้ำในบริเวณเดิมที่ทำบอลลูนและใส่ขดลวดไว้ ภาวะนี้เกิดจากกระบวนการสมานแผลตามธรรมชาติของร่างกายที่หลอดเลือดสร้างเนื้อเยื่อขึ้นมาคลุมขดลวดที่ถูกใส่เข้าไป ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงอีกครั้ง ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 - 40 มีโอกาสที่จะเกิดการตีบซ้ำในตำแหน่งเดิมที่ได้รับการถ่างขยายด้วยบอลลูน ภายในเวลา 6 เดือน ในขณะที่การใช้ขดลวดค้ำหลอดเลือดหัวใจสามารถลดโอกาสที่จะเกิดการตีบซ้ำของตำแหน่งที่ได้รับการถ่างขยายลงได้เหลือร้อยละ 10 - 15 ภายในเวลา 6 เดือน หลังการทำ PCI ผู้ป่วยต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด เช่น Clopidogrel Aspirin เป็นต้น เพื่อป้องกันการเกิด Stent thrombosis

**2.2.5) ตำแหน่งการใส่สายสวนหัวใจและการดูแล** (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

1) การฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ขาหนีบ (Femoral artery) ภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือด แพทย์ต้องคาท่อนำสายสวนไว้ในหลอดเลือดต่ออีกเป็นเวลา 4 ชั่วโมง เพื่อรอให้ยาที่ใช้ขณะทำการรักษาหมดฤทธิ์เสียก่อนจึงจะ

สามารถดึงท่อนำออกและกดแผลได้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจึงต้องนอนอยู่กับเตียงไม่ต่ำกว่า 8 - 12 ชั่วโมง ภายหลังการถ่างขยายหลอดเลือดเสร็จ เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกหากป้องกันภาวะดังกล่าวได้ไม่มี ประสิทธิภาพเลือดที่ออกจากหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณขาหนีบอาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดเป็นปริมาณ ที่มากจนเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้

2) การฉีดยาและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดข้อมือ (Radial artery) แพทย์สามารถสอดสายเข้าไปจนถึงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อฉีดยาหรือถ่างขยายได้ เช่นเดียวกับการใช้หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ขาหนีบ เนื่องจากหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ข้อมือเป็นหลอดเลือด ที่มีขนาดเล็กและอยู่ตื้น ทำให้แพทย์สามารถดึงสายสวนและท่อนำออกจากหลอดเลือดได้ทันที ภายหลังเสร็จสิ้นการฉีดยา ผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงและทำกิจวัตรส่วนตัวได้ทันที เพียงแต่ไม่ควรพับ งอข้อมือข้างที่ใช้ตรวจเป็นเวลา 6 - 8 ชั่วโมง พบว่า การใช้หลอดเลือดข้อมือมีโอกาสที่จะเกิด อันตรายต่อหลอดเลือด หรือพบปัญหาการเสียเลือดได้น้อยกว่าการใช้หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ขาหนีบ

#### 2.2.6) การรักษาด้วยการทำหัตถการ PCI ประกอบด้วย

1) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน แพทย์จะใช้เส้นลวด เป็นแกนช่วยนำสายชนิดพิเศษที่มีบอลลูนให้ตรงกับจุดที่มีการตีบแคบของหลอดเลือด แล้วใช้แรงดัน ทำให้บอลลูนกางออก แรงดันของบอลลูนจะผลักรอยตีบของหลอดเลือดหัวใจให้เปิดกว้างทำให้เลือด ไหลผ่านได้สะดวกขึ้น (Gibbons et al., 2003)

2) การขยายหลอดเลือดโดยการใส่โครงลวดตาข่าย เป็นการรักษา โรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อลดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยจะนำสายสวนที่มีขดลวดอยู่ที่ปลาย สายใส่เข้าไปยังบริเวณที่ตีบในลักษณะเดียวกันกับที่ใส่สายบอลลูน และขยายขดลวดให้ขดลวดกาง ออกไปสัมผัสและยึดติดกับผนังหลอดเลือด และมีผลสำเร็จของการใส่ถึงร้อยละ 98 (อุไร ศรีแก้ว , 2543) มีลักษณะเป็นโครงลวดตาข่ายทำด้วย Stainless steel หรือโลหะผสมอื่นๆ เช่น โคบอลต์ กับ โครเมียม เพื่อป้องกันการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือด (Gibbons et al., 2003.; Lincoff et al., 1993) ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งแปลกปลอมที่ใส่ไว้ภายในหลอดเลือดจึง สามารถ กระตุ้นเกล็ดเลือดและระบบการแข็งตัวของเลือดให้เกิดลิ่มเลือดได้ตลอดเวลาจนกว่าจะมี การเจริญของชั้นเยื่อบุผิวภายในหลอดเลือด เข้ามาปกคลุมผิวของขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจ ทั้งหมด และไม่มีอาการสัมผัสกันของระบบเลือดและผิวของขดลวดกระบวนการนี้ใช้เวลา 2-6 สัปดาห์

3) Rotational Atherectomy (Rotablator) คือ การขยาย หลอดเลือดหัวใจโดยใช้หลักการคล้ายหัวกรอหิน rotablator หรือหัวกรอเพชร เป็นอุปกรณ์ที่ใช้กรอ แผ่นไขมันที่แข็งซึ่งบอลลูนไม่สามารถขยายได้ (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

4) Intravascular Ultrasound (IVUS) หรือการตรวจโดยใช้สาย คลื่นเสียงความถี่สูงดูโครงสร้างของหลอดเลือด เป็นการตรวจแบบ Invasive เพื่อช่วยในการประเมิน พยาธิสภาพของผนังหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีก่อนและ/หรือหลังการทำ PCI

5) Angiojet Thrombectomy เป็นการรักษาใช้หลักการเดียวกับ การทำ Rotational atherectomy แต่หลังจากตัดชิ้นไขมันหรือลิ่มเลือดออกเป็นเศษเล็กๆ ชิ้นไขมัน หรือลิ่มเลือดดังกล่าวจะถูกดูดออกทางสายดูดลิ่มเลือดโดยอาศัย แรงดันน้ำ

**2.2.7) ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการใส่ขดลวดที่สำคัญ** ผู้ป่วย จำนวนมากที่ทุเลาจากอาการของโรคแต่กลับประสบกับปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น ภาวะแทรกซ้อน ที่พบได้ภายหลังการทำ PCI ได้แก่ (ธนวัฒน์ เบญจจันวรัตรา, 2555)

1) Cardiac arrhythmias ได้แก่ Ventricular fibrillation Prolonged ventricular tachycardia ที่ต้องทำ Defibrillation, Cardioversion หรือ Brady arrhythmias ที่มีอาการจนต้องให้ยาหรือใส่ Pacemaker

2) ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะคาสายสวนที่ขาหนีบที่ เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรก (Early complications) เช่น Groin bleeding, Retroperitoneal bleeding, Hematoma, Femoral neuropathy, Vasovagal reaction เป็นต้น

3) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลัง 24 ชั่วโมง (Late complications) เกิดขึ้นในช่วง 1 - 30 วันหลังทำ PCI เช่น Femoral pseudo aneurysm, Arteriovenous fistula, Femoral artery thrombosis, Embolism, Femoral vein thrombosis เป็นต้น

4) การติดเชื้อ (Infection) จากทางเข้าสายสวนหัวใจ

5) เสียชีวิต แบบกะทันหัน จากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะพบได้ ร้อยละ 0.1 - 0.45 เป็นต้น

6) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular events) เช่น stroke พบได้ร้อยละ 0.03 - 0.25

7) การตีบซ้ำ (restenosis) หมายถึง การตีบแคบของหลอดเลือด หัวใจมากกว่าร้อยละ 50 ในตำแหน่งที่เคยทำเป็นผลสำเร็จแล้วพบได้ประมาณหนึ่งในสามของการ ขยายหลอดเลือดหัวใจ แม้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจจะก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยหลายประการ แต่ก็ มีโอกาสเกิดการตีบซ้ำ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการ สวนหัวใจมีการกลับมาตีบซ้ำภายใน 6 เดือนถึงร้อยละ 20 - 30 และมีอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 60 โดยเสียชีวิตที่ 30 วันหลังใส่ ขดลวดโครงตา ข่ายร้อยละ 6.7 และเสียชีวิตที่ 6 เดือนหลังการใส่ขดลวดโครงตาข่ายร้อยละ 8.9-30 (Cutlip, 2001; Kuchulakanti et al., 2006) และยัง พบว่า ประมาณร้อยละ 30 เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จาก โรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อติดตามไปในระยะ Late Stent Trombosis (30 วัน - 1 ปี) พบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะการอุดตันภายในขดลวดโครงตาข่ายส่งผลให้มีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25 (Wenaweser et al., 2005) ในประเทศไทย พบว่า อัตราการเสียชีวิตและอัตราการตีบซ้ำเกิดขึ้นมาก สุกภายใน 1 ปีแรกหลังได้รับการขยายหลอดเลือด และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การแพ้สารทึบแสง

ภาวะไตวาย คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น (พจนานุกรม อังฤษ-ไทย, 2550; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2551: 8)

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

หลังการฉีดสีหรือขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน เจ้าหน้าที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปพักที่ห้องสังเกตอาการหรือ Intermediate Cardiac Care Unit (ICCU) เพื่อประเมินอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงโดยติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ว่ามีการยกขึ้นหรือลดต่ำลงของ ST Segment หรือไม่ ติด ECG Monitoring เพื่อประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและการเกิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ ทั้งนี้จากสมาคมโรคหัวใจสหรัฐอเมริกา (AHA/ACC: 2002) รายงานพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาถึงโรงพยาบาล มีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 5 ภายใน 3 ชั่วโมงแรกจาก Ventricular fibrillation และ Ventricular tachycardia บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการตรวจ มีดังต่อไปนี้

1. ประเมินระบบไหลเวียนโดยวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ในชั่วโมงและหรือจนกว่าจะคงที่และติดตามระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด
2. ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น heart failure, stent restenosis, renal failure, vascular complications การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และ cardiac marker
3. ช่วยลดการทำงานของหัวใจและส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจช่วยลดและบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและความไม่สุขสบาย บรรเทาอาการเครียด ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอในระยะ 6-12 ชั่วโมงแรก ดูแลให้ออกซิเจน 3-4 ลิตรต่อนาที Keep O<sub>2</sub> saturation ≥ 92% เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตตลอดเวลา
4. ประเมินและบันทึกอาการเจ็บหน้าอกและดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา
5. ประเมินการแพ้สารทึบรังสีซักถามอาการคลื่นไส้ อาการคันและตรวจดูผื่นบริเวณผิวหนัง
6. ประเมินอาการขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลาย โดยบันทึกลักษณะชีพจร Dorsalis pedis, Posterioritibial หรือ Radial เปรียบเทียบข้างซ้ายและขวา พร้อมทั้งบันทึก capillary refill
7. ประเมินภาวะเลือดออกจากตำแหน่งที่ใส่สายสวนโดยตรวจสอบบริเวณแผลว่ามี bleeding hematoma echymosis
8. อธิบายเน้นย้ำห้ามงอขาข้างที่ใส่สายสวนอย่างน้อย 6 ชั่วโมงหลังนำสายสวนออกแต่สามารถพลิกตะแคงตัวได้ โดยไม่งอสะโพก ศรีษะสูงไม่เกิน 30 องศา
9. ประเมินความพร้อมก่อน discharge ผู้ป่วย ได้แก่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก 8 ชั่วโมง ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ใจสั่น สัญญาณชีพคงที่ ไม่มีคลื่นหัวใจเต้นผิดปกติเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยเฉพาะให้ความสำคัญของการรับประทานยาห้ามขาดยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ Aspirin, Clopidogrel

10. ให้ความรู้ร่วมกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ให้ stent แต่ละแบบ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่ได้รับการทำ PCI ต้องรับประทานยา Anti-platelet 2 ชนิด คือ Aspirin และ Clopidogrel โดยต้องรับประทานยา Aspirin ตลอดชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ที่ใช้ขดลวดตาข่ายชนิดไม่เคลือบยาจะรับประทานยา Clopidogrel อย่างน้อย 1 เดือน ส่วนผู้ที่ใช้ขดลวดตาข่ายชนิดเคลือบยา ต้องรับประทานยา Clopidogrel เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

11. เน้นย้ำผู้ป่วยเรื่องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต ได้แก่ เรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย กิจกรรมที่สามารถทำได้ การเลิกสูบบุหรี่ ควรเน้นถึงความสำคัญของการมาตรวจติดตามการรักษา

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

#### 3.1 ความหมายของการทำหน้าที่ทางเพศ

จากวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจมีการให้ความหมายคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศที่หลากหลาย ดังนี้

Master & Johnson (1966) กล่าวว่า การตอบสนองทางเพศของมนุษย์จะแสดงพฤติกรรมทางเพศออกมาในลักษณะต่างๆ โดยการตอบสนองทางเพศจากการกระตุ้นทางเพศ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนทางสรีระของร่างกาย เป็นการกระตุ้นนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ ซึ่งมีความหมายรวมถึงการมีกิจกรรมต่างๆ ทางเพศ รวมถึงร่วมเพศซึ่ง แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะตื่นตัวทางเพศ (excitement phase) 2) ระยะพลาโท (plateau phase) 3) ระยะสุขสุดยอดทางเพศ (orgasmic phase) 4) ระยะกลับคืน (resolution phase) การตอบสนองทางเพศจะคล้ายกันทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะและระยะเวลาการทำหน้าที่ทางเพศในแต่ละคนอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับวัยประสบการณ์ การฝึกฝนจนเป็นนิสัย สภาพของอารมณ์ จิตใจ สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพ

McCann (1989) กล่าวว่า กิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภายหลังจากการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไม่ได้มีเพียงการร่วมเพศเท่านั้นยังมีการแสดงออกในรูปแบบต่างๆ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความสัมพันธ์ซึ่งจะ โยงใยถึงอารมณ์ ความรัก ความพึงพอใจ ความอบอุ่น และความเอื้ออาทรต่อกันของคู่รัก จบลงด้วยความพึงพอใจและความสุขสุดยอด

Master, Johnson, & Kolodny (1995: 217 อ้างถึงใน ประภาพร ดองโพธิ์, 2554: 37) กล่าวว่า กิจกรรมทางเพศมีทั้งการร่วมเพศ และการมีกิจกรรมทางเพศด้วยตนเอง เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การจินตนาการทางเพศ

Heinemann et al. (2005) กล่าวว่า คุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศ ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายจิตใจ 2) การมีเพศสัมพันธ์ 3) การทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและ 4) การทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติคุณอน ครอบคลุมเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ความตื่นตัวทางเพศการหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์การถึงจุดสุดยอดความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์

Mourad et al. (2017) กล่าวว่า ความพร่องในการทำหน้าที่ทางเพศเป็นความพร่องของ วงจรการตอบสนองทางเพศ เช่น สูญเสียความต้องการทางเพศ หย่อนสมรรถนะทางเพศ อวัยวะเพศ ไม่แข็งตัว การไม่ถึงจุดสุดยอด

Golawski et al. (2017) กล่าวว่า การทำหน้าที่ทางเพศของเพศชายเป็นความสามารถในการ แข็งตัวของอวัยวะเพศ ความสามารถในการถึงจุดสุดยอด ความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจใน การมีเพศสัมพันธ์ และความพึงพอใจโดยรวม

ผวจิต อัครวิกุล (2542) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศมีการพัฒนาตั้งแต่เกิดไปตลอดชีวิต พฤติกรรมทางเพศในผู้สูงอายุหมายถึงการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศที่เหมาะสมกับสรีรวิทยาและ สังคมวัฒนธรรมอาจมีการร่วมเพศหรือไม่ก็ได้เนื่องจากเพศสัมพันธ์มิได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการสืบพันธุ์ เท่านั้นดังนั้นการสัมผัสความผูกพันใกล้ชิดและการสื่อสารระหว่างกันก็เป็นพฤติกรรมทางเพศอย่าง หนึ่งเช่นกัน เช่น การจับมือ การโอบกอด การจูบ

สมภพ เรื่องตระกูล (2546 อ้างถึงใน ชัญญา อุทิศสิริพานิช 2553: 32) กล่าวว่า พฤติกรรม ทางเพศ ประกอบด้วย ความปรารถนา จินตนาการ การแสวงหาความสุขทางเพศ และกิจกรรมทาง เพศให้กับตัวเองซึ่งถ้าได้แสดงออกและได้รับความพึงพอใจทางเรื่องเพศ เป็นการตอบสนองทางจิตใจ และสรีรวิทยาต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก

กฎหมาย เสนีย์ศรีสกุล (2554: 16) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศ หรือ กิจกรรมทางเพศของ มนุษย์ (human sexual behavior หรือ human sexual activities) ความหมายถึงการปฏิบัติของ มนุษย์เกี่ยวกับเรื่องทางเพศ มีหลากหลายกิจกรรมแตกต่างกันไป เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางร่างกายหรืออารมณ์ รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์

นาริลักษณ์ ถิ่นพ่ายัพ (2556) กล่าวว่า ปฏิบัติทางเพศ หมายถึงการทำงานและปฏิกริยา ตอบสนองของร่างกายและจิตใจด้านเพศ

อุษาวดี อัครวิเศษ (2558) กล่าวว่า การทำหน้าที่ทางเพศ หมายถึง การกระทำหรือการ แสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศ ประกอบด้วยการทำหน้าที่ทางเพศทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความ ปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ 2) ความตื่นตัวทางเพศ 3) การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ 4) การถึงจุดสุดยอด 5) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และ 6) ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยสะท้อนมุมมองด้านการมีเพศสัมพันธ์ ด้านการทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและด้านการ ทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนะคู่นอน

นฤพนธ์ ดั่งวิเศษ (2558) กล่าวว่า พฤติกรรม หรือ การปฏิบัติทางเพศ เป็นการกระทำหรือ การแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศถูกอธิบายด้วยแนวคิดทฤษฎีที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกระบวนทัศน์ ของผู้ศึกษาว่าจะมองเรื่องเพศในมิติใด

จากวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้ป่วย โรคหัวใจมีการใช้คำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศที่หลากหลาย เช่น Sexual behavior (พฤติกรรมทางเพศ) (ผวจิต อัครวิกุล, 2542; วินิตย์ หลงละเลิง, 2546; วินิตย์ หลงละเลิง, 2552; สมพร งามวิสัย, 2553;

ชัยญา อุทิศสิริพานิช, 2553) Sexual response (การตอบสนองทางเพศ) (Master & Johnson, 1966) Sexual Activity (กิจกรรมทางเพศ) (McCann, 1989; Master, Johnson, & Kolodny, 1995: 217 อ้างถึงใน ประภาพร ดองโพธิ์, 2554: 37; Klein et al., 2007; Steinke et al., 2008, Oskay et al., 2015; Steinke et al., 2015; Xu et al., 2015; Mourad et al., 2017; Kalka et al., 2017) Sexual Intercourse (เพศสัมพันธ์) (ชนิดา เขียรธำรงสุข, 2543) Sexual function (การทำหน้าที่ทางเพศ) (Master & Johnson, 1966; Golawski, 2017; นารีลักษณ์ ถิ่นพ่ายัพ, 2556) Sexual dysfunction (ความพร่องในการทำหน้าที่ทางเพศ) (Master, Johnson, 1966; Klein et al., 2007; Mourad et al., 2017) (ดั่งภาคผนวก ข)

จากการทบทวนนิยามดังกล่าวเห็นว่าเป็นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจ มีทั้งการแสดงออกที่เป็นทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นเพื่อให้การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ ครอบคลุมและมีความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสรุปใช้คำว่า “การทำหน้าที่ทางเพศ” ของอัครวิเศษ (2558) เพื่อศึกษาเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ 2) ความตื่นตัวทางเพศ 3) การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ 4) การถึงจุดสุดยอด 5) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และ 6) ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยประเมินผ่าน 3 มุมมองจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ 1) มุมมองด้านกรมีเพศสัมพันธ์ 2) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและ 3) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติตนเอง

### 3.2 การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำให้ PCI

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทำให้หลอดเลือดหัวใจมีความพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ เนื่องจากการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆของโรคหัวใจที่เป็นการเผชิญเหตุการณ์ใหม่ที่เข้ามาในชีวิต ไม่ทราบแนวทางในการรักษา กลัวการเจ็บหน้าอก กลัวการกลับเป็นซ้ำ หรือการเสียชีวิตกระทันหัน ทำกิจวัตรประจำวันน้อยลง ซึมเศร้าและขาดความรู้ (Lunelli et al.2008; Levine et al., 2012) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศหลัง การทำให้หลอดเลือดหัวใจ (Myocardial Revascularization) แต่ พบว่า มีการศึกษาค่อนข้างจำกัด โดย พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำให้หลอดเลือดหัวใจ มีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้น ทั้งการทำ CABG มีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นภายหลัง 6 – 12 เดือน (Foruzan-Nia et al., 2011; Schumann et al., 2010) และ การทำให้ PCI มีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นภายหลัง 4 - 6 เดือนหลังการทำให้ PCI (Golawskiet al. (2017) แต่จากแนวทางการปฏิบัติของ American College of Cardiology/American Heart Association: ACC/AHC ปี 2012 ให้แนวทางไว้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำให้ PCI สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ภายในไม่กี่วันหลังการทำให้ PCI แต่ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าปลอดภัย ซึ่งแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลการรักษาหลังการทำให้ PCI ไปแล้ว 2-4 สัปดาห์ (Levine et al., 2012: 1062; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2551:

14) โดยจะประเมินสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตรวจสอบความพร้อมของร่างกาย โดยสอบถามถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสามารถกระทำได้ หรือทำการทดสอบโดยการเดินบนสายพาน หากผลปกติ ถือว่าร่างกายนั้นสมบูรณ์ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติได้ รวมทั้งการมีกิจกรรมทางเพศ (Puksta, 1977; Armstrong, 2012)

การทำหน้าที่ทางเพศที่ดีนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ที่เป็นความสุขของความสำเร็จของชีวิตครอบครัว ขึ้นอยู่กับความสำเร็จหรือล้มเหลวของการปรับตัวทางเพศ (McCann, 1989) การที่บุคคลมีการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสมจะทำให้มีความสุขในชีวิตสมรสและมีความสำเร็จในชีวิตครอบครัว มนุษย์จำเป็นต้องมีการปรับตัวทางเพศและแสดงบทบาทในเรื่องเพศอย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงชีวิตอย่างต่อเนื่อง (Steinke, Barnason, & Mosack, 2013)

แม้การรักษาจะได้ผลดีเพียงใดแต่ยังถือว่าผู้ป่วยยังคงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ ผู้ป่วยยังกลัวและไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีความพร่องในการทำหน้าที่ทางเพศ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายด้านหลังการทำ PCI เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่มีโอกาสเกิดขึ้น (Wan et al., 2015) การทำหน้าที่ทางเพศที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

#### 1) ผลกระทบด้านร่างกาย

การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เนื่องจากการมีคลอเลสเตอรอลในเลือดสูง ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะเพศลดลง ทำให้การแข็งตัวของอวัยวะเพศผิดปกติ (เอนก อารีพรค และ สุวัทนา อารีพรค, 2539) โรคหัวใจทำให้มีอาการหย่อนสมรรถภาพเพศได้ถึงร้อยละ 38-78 (Maroto-Montero et al., 2008) ผู้ป่วยหลังการทำ PCI แก้ไขหลอดเลือดหัวใจไปแล้วยังมีโอกาสเกิดได้ในตำแหน่งหลอดเลือดที่เคยขยายเป็นผลสำเร็จหากผู้ป่วยไม่มีการดูแลตนเองที่ดี และต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง โดย พบว่า ยาบางชนิด เช่น ยากลุ่ม Beta Blocker Gen. 1-beta1 beta2, Beta Blocker Gen.3-selective blocker และ non selective beta blocker, calcium channel blockers, vasodilators, diuretics, and loop diuretics ทำให้เกิดปัญหาต่อการทำหน้าที่ทางเพศผู้ป่วยโดยตรง มีปัญหาความต้องการทางเพศลดลง มีปัญหาองคชาตไม่แข็งตัว การหลังเร็ว มีความบกพร่องทางเพศ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการปลุกเร้าอารมณ์ การตอบสนองทางเพศลดลง ขาดความต้องการทางเพศ และการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ (Stienke, 2015)



## 2) ผลกระทบด้านจิตใจ

ปัญหาด้านจิตใจ แม้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการป่วยของโรคแต่ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ PCI พบร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหนึ่งปีแรกมีความวิตกกังวลและความกลัวจะเกิดอันตรายกับหัวใจขณะมีกิจกรรมทางเพศ กลัวการเสียชีวิตกระทันหัน (Vacanti & Caramelli, 2005) การศึกษาของ Bennette et al. (2002) Schumann et al. (2010) และ Xu, et al. (2015) พบว่า ความถี่และความพึงพอใจในการมีกิจกรรมทางเพศหลังการทำ PCI ลดลงกว่าก่อนการทำ PCI ในช่วง 1 ปีแรก นอกจากนี้ ปรานิตา เสาวคนธ์ และคณะ (2545) ศึกษา พบว่าการกลับไปมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหลังทำ CABG และ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยไม่กลับไปมีกิจกรรมทางเพศเนื่องจาก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง (Schumann et al., 2010) กลัวว่าหากยังมีเพศสัมพันธ์แล้วจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต กังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตกระทันหัน การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นอุปสรรคในการทำหน้าที่ทางเพศ มีภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง (Kolodny, Master, & Johnson, 1979) มีการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงบางรายที่มีอารมณ์เครียดซึมเศร้า วิตกกังวลจะทำให้การตอบสนองทางเพศลดลง การไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอดจากการร่วมเพศเป็นประจำ อาจทำให้เกิดการเบื่อหน่ายเรื่องเพศ เกิดกามตายด้าน และมีอาการเจ็บอวัยวะเพศระหว่างการทำมีเพศสัมพันธ์ได้ (วุฒิชัย บุญยณฤธิ์ และมณี ภิญญพรพาณิชย์, 2542)

## 3) ผลกระทบด้านสังคม

ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายส่งผลทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว จากการศึกษาของ Steinke (2005) พบว่า การไม่ได้รับความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 ปี หลังจากเป็นโรค ความสัมพันธ์ของคู่สมรสมักจะเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความกลัวว่าหากยังมีเพศสัมพันธ์กันอยู่จะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตหากสามีภรรยาไม่สามารถปรับตัวในการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาครอบครัว ส่งผลให้เกิดปัญหาการหย่าร้าง และแยกทางได้ (ศิริอร สินธุ, 2526; Fugl-Meyer and Fugl-Meyer, 2002) เมื่อเกิดปัญหาในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อบุตร ทำให้ขาดความรัก ความอบอุ่น การถูกทอดทิ้ง ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหายาเสพติด เป็นต้น (วินิตย์ หลงละเลิง, 2552) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง

### 3.3 การประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแบบประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ ดังนี้

1) แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของวินิตย์ หลงละเลิง (2552) ดัดแปลงใช้ของผจงจิต อัครวิกุล (2542) และ พิชญญาภา พิชะยะ (2547) ตามแนวคิดของ Maslow (cited in Ebersole & Hess, 1998) และแนวคิดของ Master & Johnson (1996) McCann (1989) มีข้อความถาม 16 ข้อครอบคลุมพฤติกรรมทางเพศ 2 รูปแบบมีลักษณะคำตอบให้เลือก 3 ข้อ ได้แก่ ลดลง คงเดิม เพิ่มขึ้น มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.95

3) แบบประเมินคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศ (Scale for Quality of Sexual Function: QSF เป็นแบบวัดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางเพศโดย Heinemann et al. (2005) เป็นแบบประเมินคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศนี้ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศทั้งในเพศหญิงและชายแบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อโดยเป็นข้อคำถามทั่วไป 8 ข้อและข้อคำถามเฉพาะการทำหน้าที่ทางเพศจำนวน 32 ข้อซึ่งประกอบด้วยแบบวัด 4 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายจิตใจ 2) การมีเพศสัมพันธ์ 3) การทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและ 4) การทำหน้าที่ทางเพศตามที่คนรอบข้างเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 และ 6 ระดับ

2) แบบประเมินการปฏิบัติทางเพศของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของนารีลักษณ์ ถิ่นพ่ายัพ (2556) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการปฏิบัติทางเพศ Scale for Quality of Sexual Function (QSF) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยอุษาวดี อัครวิเศษ (2558) สามารถประเมินการปฏิบัติทางเพศ ตามแนวคิดของ Heinemann et al. (2005) มีข้อคำถาม 19 ข้อ ครอบคลุมการปฏิบัติทางเพศทั้ง 3 ด้าน คือ มุมมองตนเอง มุมมองคู่สมรส และกิจกรรมทางเพศ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 และ 6 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.72

3) แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ International Index of Erectile Function (IIEF) ของ Rosen et al. (1997) เป็น แบบสอบถามวัดการทำหน้าที่ทางเพศของเพศชาย ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงของแต่ละด้าน 5 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ (erectile function) 6 ข้อ ความสามารถในการถึงจุดสุดยอด (orgasmic function) 2 ข้อ ความต้องการทางเพศ (sexual desire) 2 ข้อ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (intercourse satisfaction) 3 ข้อ และความพึงพอใจโดยรวม (overall satisfaction) 2 ข้อ ใช้เวลาในการตอบไม่เกิน 15 นาที ได้ตรวจสอบความเที่ยงของแต่ละด้านโดยรวมใช้ internal consistency และ test-retest ได้ค่า internal consistency ค่า Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.73 - 0.99 และ test-retest reliability อยู่ในช่วง 0.64 - 0.84

4) แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศของ อุษาวดี อัครวิเศษ (2558) (Sexual Function Instruments) แปลและดัดแปลงมาจาก Scale for Quality of Sexual Function: QSF ของ Heinemann et al. (2005) เพื่อวัดการทำหน้าที่ทางเพศทั้งเพศชายและเพศหญิง ในการแปลและดัดแปลงแบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศได้ตัดในส่วนคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายและจิตใจ และคำถามทั่วไปออก จาก 40 ข้อ เหลือ 19 ข้อ โดยข้อคำถามที่เหลือได้ครอบคลุมเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศ ได้แก่ ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ ความตื่นตัวทางเพศ การหลั่งของน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ การถึงจุดสุดยอด ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยการประเมินสะท้อน ผ่าน 3 มุมมอง ได้แก่ 1) มุมมองด้านการมีเพศสัมพันธ์ 2) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและ 3) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศตามที่คนรอบข้าง

มีการขออนุญาตใช้เครื่องมือในการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศ ขออนุญาตทำการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ตามกระบวนการแปลย้อนกลับ แบบสอบถามได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นทั้ง content หรือ face

validity ทดสอบด้วย multivariate analysis of internal structure (factor analysis) ได้ค่าสำหรับแบบวัดองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย-จิตใจ 2) การมีเพศสัมพันธ์ 3) การทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและ 4) การทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติที่ตนเองเห็นว่าเหมาะสม โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90, .82, .75, .57 ตามลำดับหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.8 เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ การแปลผลคะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูงกว่าหมายถึง มีการทำหน้าที่ทางเพศดีกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำ

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงใช้แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual Function Instruments) ของ อูซาวตี อัครวิเศษ (2558) เนื่องจากเป็นแบบวัดคุณภาพของการทำหน้าที่ทางเพศ สำหรับเพศหญิงและเพศชาย เครื่องมือมีความทันสมัยได้รับการยอมรับสามารถตอบและประเมินได้ง่าย สามารถนำมาใช้กับการประเมินคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำการ PCI ลักษณะข้อคำถามสั้น กระชับเข้าใจง่าย มีจำนวน 19 ข้อ ครอบคลุมการทำหน้าที่ทางเพศทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ 2) ความตื่นตัวทางเพศ 3) การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ 4) การถึงจุดสุดยอด 5) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และ 6) ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยประเมินผ่าน 3 มุมมองจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ 1) มุมมองด้านการมีเพศสัมพันธ์ 2) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและ 3) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติที่ตนเองเห็นว่าเหมาะสม

#### 4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำการ PCI

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ โดยมีผู้ศึกษาเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งก่อนและหลังการทำการ PCI ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความคล้ายคลึงกัน แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำการ PCI ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่มีความใกล้เคียงกันในกลุ่มผู้ป่วยมาศึกษา ดังนี้

##### 4.1 เพศ

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าชายหรือหญิงตั้งแต่กำเนิดของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำการ PCI แบ่งเป็น เพศชาย และเพศหญิง เพศใช้จำแนกความแตกต่างของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างร่างกาย อารมณ์ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม (Becker et al., 1988) โรคหลอดเลือดหัวใจมีผลทำให้เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ทางเพศ พบว่า ร้อยละ 80 มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะเพศไม่เพียงพอ โดยสาเหตุของชายและหญิงมีความแตกต่างกันออกไป ในเพศชายมักมีปัญหาเรื่อง การหย่อนสมรรถนะทางเพศ การแข็งตัวของอวัยวะเพศ การไม่สามารถถึงจุดสุดยอด ทำให้ลดความต้องการทางเพศลงได้ (Mourad et al., 2017) แตกต่างกับเพศหญิงการทำหน้าที่ทางเพศลดลงส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากการขาดน้ำหล่อลื่น เจ็บปวดระหว่างร่วมเพศ ไม่ถึงจุดสุดยอด ขาดการเล้าโลม ขาดความสนใจและความต้องการทางเพศ (Schwarz, 2005) เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะเพศลดลง ร่วมกับความกลัวว่าการมี

พฤติกรรมทางเพศจะทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้นและอาจทำให้เสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ (ธนิดา เขียรดำรงสุข, 2543) ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการทำหน้าที่ทางเพศที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งเพศเป็น เพศชาย และเพศหญิง

#### 4.2 ความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะปกติ ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม

การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ทำการกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือวานอนพักแล้วมีอาการเจ็บหน้าอก ย่อมมีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายแล้วมีอาการเจ็บหน้าอก การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจมีดังนี้

สมาคมโรคหัวใจของแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975) แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ระดับปกติ เช่น เดิน หรือ ขึ้นบันไดโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จะเกิดอาการเมื่อทำงานอย่างหนักเป็นเวลานาน

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติ เช่น เดิน หรือ ขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว เดินหรือขึ้นบันไดหลังรับประทานอาหาร อากาศหนาวเกินไป ลมแรงเกินไป มีอารมณ์เครียด เดิมมากกว่า 90 เมตรบนพื้นราบและเดินขึ้นบันไดมากกว่า 1 ชั้น ในภาวะปกติจึงมีอาการเจ็บหน้าอกและเมื่อพักระยะหนึ่งจะสามารถทำกิจกรรมต่อไป

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติอย่างชัดเจนเช่นเดิน 90-180 เมตรบนพื้นราบและขึ้นบันได 1 ชั้นในภาวะปกติแล้วจะมีอาการเจ็บหน้าอก อาการไม่ดีขึ้นเมื่อพัก ต้องอมยาขยายหลอดเลือดได้ลิ้นจืดขึ้น

ระดับที่ 4 ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะที่พัก

สรุปได้ว่า ความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะปกติ ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม

ความรุนแรงของโรคกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI สามารถประเมินได้จากอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแม้ผู้ป่วย จะได้รับการรักษาแล้วแต่ยังมีรอยโรค มีโอกาสกลับเป็นซ้ำความรุนแรงของโรคส่งผลต่อการรับรู้ของ ผู้ป่วยถึงภาวะที่เป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิตของตน รวมถึงการมีพฤติกรรมทางเพศ ชัยัญญา อุทิศสิริ พานิช (2553) พบว่า ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = -.368, p < .05$ )

#### การประเมินความรุนแรงของโรค จากการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

1) แบบประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดของ ผจงจิต อัครวิกุล (2542) สร้างโดยใช้ เกณฑ์ของสมาคมของโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975) ประเมิน เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บหน้าอกโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วย ตนเองโดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์ จำแนกระดับความรุนแรงของโรคเป็น 4 ระดับ จำนวน 7 ข้อ ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามสภาพโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ 2 คน

2) แบบประเมินความรุนแรงของโรคของ ชัยัญญา อุทิศสิริพานิช (2553) ประยุกต์ใช้แบบ ประเมินความรุนแรงของโรคของ ผจงจิต อัครวิกุล (2542) ซึ่งใช้เกณฑ์โรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) ซึ่งเป็นการจำแนกระดับ ความรุนแรงของอาการของโรคที่มีความเฉพาะกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคของชัยัญญา อุทิศสิริพานิช (2553) ซึ่งเป็นการจำแนกระดับความรุนแรงของอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีความเฉพาะตามเกณฑ์ โรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) เป็นการจำแนกระดับความรุนแรงของอาการของโรคที่มีความเฉพาะกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือด โดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เข้าใจง่าย ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคด้วยตนเองโดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์และให้ผู้ป่วยตอบ

#### 4.3 ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์

ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูล ความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศ ภายหลังเป็นโรค (Steinke et al., 2011; Jaarmas et al., 2010)

มีผู้ให้ความหมายของความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ดังนี้

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) สรุปไว้ว่า ความรู้นั้น เริ่มจากบุคคลมีการจดจำสิ่งที่ตนเอง รับมาเกิดความเข้าใจ และนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งมีการวิเคราะห์ และประเมินค่า ของข้อมูลที่ได้รับจนเกิดความรู้ที่ถูกต้อง

Bloom et al. (1956) (อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) กล่าวว่าความรู้ (Knowledge) เป็นปัจจัยนำที่สำคัญส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จะต้องมียุปัจจัยอื่นๆ มาประกอบไปด้วย มีการแบ่งระดับ

ความรู้เป็น 6 ระดับ ดังนี้ 1) รู้จำ (Knowledge) 2) เข้าใจ (Comprehension) 3) ประยุกต์ (Application) 4) วิเคราะห์ (Analysis) 5) สังเคราะห์ (Synthesis) 6) ประเมิน (Evaluation)

Good และคณะ (1973) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์รายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บสะสมไว้

สรุปได้ว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ เป็นความจำ ความเข้าใจ อย่างถูกต้องในเรื่องเพศสัมพันธ์ กับภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการทำหน้าที่ทางเพศ โดยครอบคลุมในเรื่อง รูปแบบการแสดงความรักต่อคู่ครอง สัญญาณอันตราย แนวทางแก้ปัญหาหากเกิดการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์ ความรู้เรื่องยาที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์การเตรียมตัวก่อนการมีเพศสัมพันธ์รวมถึงการใช้ท่าและเวลาที่เหมาะสม

ความรู้เรื่องเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูล ความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมทางเพศภายหลังเป็นโรค (Steinke et al., 2011; Jaarmas et al., 2010) ผู้ป่วยและคู่ครองจึงไม่กล้ามีพฤติกรรมทางเพศหรือหยุดไปเลย (Eyada, & Atwa, 2007) การศึกษาของ Papadopoulos et al. (1980) พบว่า การมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับไม่มีพฤติกรรมทางเพศ Steinke, & Swan (2004) ศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องการมีพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยการใช้สื่อวีดิโอเทป พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ วินิตย์ หลงละเลิง (2546) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ Lai et al. (2011) พบว่า ความรู้เรื่องพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .295$  และ  $r = .319$ ,  $p < .01$ ) นอกจากนี้ประภาพร ดองโพธิ์ และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2557) พบว่า ความรู้เรื่องพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ( $r = .159$ ,  $p < .05$ )

**การประเมินความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์** จากการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

1) แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ของ Steinke (1999) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยภายหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 25 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 ข้อ คือ ถูก (3 คะแนน) ผิด (1 คะแนน) และ ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 25 - 75 คะแนน คะแนนสูงแปลว่ามีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มาก ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.65 โดยใช้การทดสอบซ้ำ (Test-retest) เท่ากับ 0.81

2) แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายของประภาพร ดองโพธิ์ (2554) ซึ่งแปลและประยุกต์ มาจากแบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายของ Steinke (1999) จำนวน 17 ข้อ เป็นคำตอบแบบ ถูก - ผิด มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.75

3) แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ The Sex After Myocardial Infarction Knowledge Test ของ Asgar et al. (2018) ประยุกต์จากแบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ Steinke (1999) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยภายหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 25 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 ข้อ คือ ถูก (3 คะแนน) ผิด (1 คะแนน) และไม่แน่ใจ (2 คะแนน) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 25-75 คะแนน คะแนนสูงแปลว่ามีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มาก มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .73 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.65 โดยใช้การทดสอบซ้ำ (Test-retest) เท่ากับ .76

การศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ The Sex After Myocardial Infarction Knowledge Test ของ Asgar et al. (2018) ประยุกต์จากแบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ Steinke (1999) เป็นแบบวัดเกี่ยวกับความรู้ทางเพศของผู้ป่วยหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งมีความใกล้เคียงในกลุ่มผู้ป่วยในเรื่องของอาการแสดง กับกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI เช่น การเจ็บหน้าอก สามารถนำมาใช้ได้เหมาะสม ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือในการศึกษาเกี่ยวกับการทดสอบความรู้เรื่องเพศในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI และขออนุญาตทำการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญตามกระบวนการแปลย้อนกลับ และตรวจสอบโดยเจ้าของเครื่องมืออีกครั้งเพื่อความสอดคล้องของภาษาและความถูกต้องของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ปรับคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ ถูก (1 คะแนน) ผิด (0 คะแนน)

#### 4.4 ความวิตกกังวลทางเพศ

ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของบุคคลที่สามารถพบในชีวิตประจำวัน (Taylor, 1994) ในอดีตใช้คำว่าโรคประสาท (neurotic) เป็นคำอธิบายถึงผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลผิดปกติ (อำเภอรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) Spielberger (1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์หวาดหวั่นและตึงเครียดเกิดขึ้น เพราะมนุษย์ต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความวิตกกังวลเป็นการคาดคะเนของบุคคลและแตกต่างกันไปตามการรับรู้และการคิดของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์ซึ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล สิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า และมีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลทางเพศแตกต่างกัน ดังนี้

Steinke et al. (2008) กล่าวว่า ความวิตกกังวลทางเพศเป็นความตึงเครียด และความวิตกกังวลในมุมมองด้านเพศสัมพันธ์ในชีวิตของบุคคลนั้นดั่งนั้นสรุปได้ว่าความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึงความรู้สึกกลัวว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเองในการมีเพศสัมพันธ์

ศิริอร สินธุ (2526) และ พิษญาภา พิษยะยะ (2547) สรุปไว้ว่าความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ เป็นความรู้สึกหวั่นไหว หรือไม่สบายใจ เป็นทุกข์และตึงเครียดต่อเหตุการณ์ที่กำลังจะ

เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น และคาดว่าจะจะเป็นอันตรายแก่ตนเองความวิตกกังวลนี้เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยในเรื่องเพศสัมพันธ์กับโรคที่เป็นอยู่

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวลทางเพศหมายถึง สภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกกลัวเป็นทุกข์หวาดหวั่นและตึงเครียดเกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและกลัวว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเองในการมีเพศสัมพันธ์เป็นการคาดคะเนของบุคคลและแตกต่างกันไปตามการรับรู้ซึ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลสิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า

ความวิตกกังวลทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำการ PCI เกิดจากความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัดใจ มีความตึงเครียดต่อเหตุการณ์ เกิดจากการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุกคามความมั่นคงปลอดภัย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรือไม่จริงก็ได้ส่งผลให้บุคคลเกิดการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำการ PCI จะมีความวิตกกังวลในการมีพฤติกรรมทางเพศเนื่องจากคิดว่าการมีพฤติกรรมทางเพศเป็นกิจกรรมที่ต้องออกแรงจะทำให้เกิดการเจ็บหน้าอกและมีอาการกำเริบขึ้นหรืออาจเสียชีวิตในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์ (Mosack & Steinke, 2009) ความวิตกกังวลยังส่งผลทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว จึงทำให้เกิดปัญหาขณะมีเพศสัมพันธ์ (Mourad et al., 2017) นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจจะมีความกังวลว่าจะทำให้ภรรยาของตนไม่ได้รับความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ (Golawski, 2017) พบว่า ผู้ป่วยไม่กล้าพูดคุยกับคู่ครองเกี่ยวกับปัญหาเรื่องเพศหลังจากเป็นโรค ยิ่งทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น จึงมีความสนใจทางเพศและมีกิจกรรมทางเพศลดลง (Westlake et al., 1999; Jaarsma, 2002; Schwarz et al., 2008) ส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .388$ ,  $p < .05$ ) ชัญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า ความวิตกกังวล ในการมีพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ( $r = -.557$ ,  $p < .05$ )

**การประเมินความวิตกกังวลทางเพศ** จากการทบทวนวรรณกรรมดังนี้

1) แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของวินิตย์ หลงละเลิง (2546) ประยุกต์จากแบบสอบถามของ ศิริอร ลินธู (2526) ตามแนวคิดของ Zung (1971) มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.75

2) แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ตามแนวคิดของ แนวคิด อัตมโนทัศน์ทางเพศ ตามแนวคิดของ Snell (1998, 2001) ดัดแปลงโดย Steinke et al.



(2008) จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.84 เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

3) แบบสอบถามการรับรู้และการปรับตัวทางเพศ Sexual self-perception and adjustment ด้านความวิตกกังวลทางเพศของ Steinke (2013) ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998, 2001) ดัดแปลงและพัฒนาโดย Steinke et al. (2011) จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ การแปลผล ผู้ที่มีคะแนนสูงหมายถึงมีความวิตกกังวลระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.90

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้และการปรับตัวทางเพศ Sexual self-perception and adjustment ด้านความวิตกกังวลทางเพศ ของ Steinke et al. (2013) เพราะมีความเหมาะสมทันสมัยมีความน่าเชื่อถือในคุณภาพของเครื่องมือ มีความครอบคลุมในการประเมินความวิตกกังวลทางเพศ ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตใช้และดัดแปลงเครื่องมือในการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลทางเพศในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI และขออนุญาตทำการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ตามกระบวนการแปลย้อนกลับ พร้อมทั้งตรวจสอบเครื่องมือโดยเจ้าของเครื่องมืออีกครั้งเพื่อความสอดคล้องของภาษาและความถูกต้องของเครื่องมือ

#### 4.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ

จากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ความสามารถของตนที่จะจัดการและกระทำกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ได้ ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจเพียงพอความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะตัดสินใจว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล, 2550) โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญ 2 ประการดังนี้

1) การรับรู้หรือความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy or efficacy beliefs) เป็นความเชื่อมั่นหรือมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม

2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectencies) เป็นความเชื่อมั่นที่บุคคลประเมินว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างแน่นอน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ดังนี้

Pender (2006) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตัดสินใจความสามารถในการกระทำของบุคคล ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสมความรู้สึกเกี่ยวกับ

ความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งสนับสนุนให้บุคคลบรรลุเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถหรือไม่มีทักษะ

Steinke et al. (2008) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเอง ในการที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ตามต้องการของบุคคล โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงและเป็นโรคหัวใจวายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ ร้อยละ 31 ( $R^2 = .311, p < .01$ )

สรุปได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะกระทำทางเพศ ได้ตามความต้องการโดยเป็นการตัดสินใจว่าคุณจะสามารถการทำหน้าที่ทางเพศได้ในระดับใด และสามารถที่จะทำอะไรได้บ้าง

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงย่อมมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศต่ำจะทำให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางเพศลดลง สอดคล้องกับ วินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .605, p < .05$ ) ชัญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรมทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .652, p < .05$ )

#### การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

1) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ตามแนวคิดของแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ ตามแนวคิดของ Snell (1998, 2001) ดัดแปลงโดย Steinke et al. (2008) จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.91

2) แบบสอบถามการรับรู้และการปรับตัวทางเพศ Sexual self-perception and adjustment ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ของ Steinke et al. (2013) ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้ อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998, 2001) ดัดแปลงและพัฒนาโดย Steinke et al. (2011) มีข้อความจำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ การแปลผล ผู้ที่มีคะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงระดับสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้และการปรับตัวทางเพศ Sexual self-perception and adjustment ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ของ Steinke et al. (2013) เพราะมีความ

เหมาะสมทันสมัยมีความน่าเชื่อถือในคุณภาพของเครื่องมือ มีความครอบคลุมในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตใช้และดัดแปลงเครื่องมือในการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI และขออนุญาตทำการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ตามกระบวนการแปลย้อนกลับ พร้อมทั้งตรวจสอบเครื่องมือโดยเจ้าของเครื่องมืออีกครั้งเพื่อความสอดคล้องของภาษาและความถูกต้องของเครื่องมือ

#### 4.6 ภาวะซึมเศร้าทางเพศ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรมและด้านสรีรวิทยา ได้แก่ การมีมโนทัศน์ในด้านลบ การตีความตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น (Beck, 1967)

มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าทางเพศ ดังนี้

Beeber (1998) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นลักษณะของความรู้สึกลักษณะหนึ่งจัดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการโรคเศร้า เสียใจ รู้สึกโดดเดี่ยวท้อแท้ หดหวัง

Steinke et al. (2008) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์เป็นความรู้สึกรู้สึกเศร้า ไม่มีความสุขเกี่ยวกับสัมพันธ์ทางเพศ

สรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าในการมีพฤติกรรมทางเพศ หมายถึง ความรู้สึกเศร้าท้อแท้ หดหวัง ไม่มีความสุข ขาดความสนใจในชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ส่งผลต่อร่างกายทำให้มีกิจกรรมทางกายน้อยลง ความสนใจเรื่องเพศลดลงทำให้ไม่มีความสุขเกี่ยวกับทางเพศ

ภาวะซึมเศร้าทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI Schleifer et al. (1989) ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 45 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง เนื่องจากต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากพยาธิสภาพของโรค ความลำบากในการดูแลตนเอง การมีข้อจำกัดทางกิจกรรม และการสูญเสียบทบาทความเป็นผู้นำของครอบครัวทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดหวัง (จริยา ตันติธรรม, 2547) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความคิด สติปัญญา การรับรู้ ขาดสมาธิไม่กล้าตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขาดความสนใจทางเพศ (Beck, 1967) Drory et al. (1998) ศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ( $r = -.16$  และ  $.14$ ) วินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.512$ ,  $p < .05$ ) ชัญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = -.610$ ,  $p < .05$ )

การประเมินภาวะซึมเศร้าทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.87

2) แบบสอบถามการรับรู้และการปรับตัวทางเพศ Sexual self-perception and adjustment ด้านภาวะซึมเศร้าทางเพศ ของ Steinke et al. (2013) ประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998, 2001) ดัดแปลงและพัฒนาโดย Steinke et al. (2011) จำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ การแปลผลคะแนน ผู้ที่มีคะแนนสูงหมายถึงมีภาวะซึมเศร้าทางเพศสูง มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .97 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้และการปรับตัวทางเพศ Sexual self-perception and adjustment ด้านภาวะซึมเศร้าทางเพศ ของ Steinke et al. (2013) เพราะมีความเหมาะสมทันสมัยมีความน่าเชื่อถือในคุณภาพของเครื่องมือ มีความครอบคลุมในการประเมินภาวะซึมเศร้าทางเพศ ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าทางเพศในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำการ PCI และขออนุญาตทำการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ตามกระบวนการแปลย้อนกลับ และตรวจสอบโดยเจ้าของเครื่องมืออีกครั้งเพื่อความสอดคล้องของภาษาและความถูกต้องของเครื่องมือ

#### 4.7 การสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการติดต่อสื่อสารกันและได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้น เชื่อว่ามีผู้ที่ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และได้รับการยกย่อง ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นเจ้าของและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Kaplan et al. (1977) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น ต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือ ได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย (Social network) โดยเฉพาะเมื่อยามเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมมีความหมาย 2 รูปแบบ ได้แก่

1) ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม คือ การได้รับการยกย่องนับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจและช่วยเหลือซึ่งได้จากการติดต่อสัมพันธ์กันกับคนในกลุ่มสังคม

2) ความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคมที่ตนได้รับการสนับสนุนแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 รูปแบบได้แก่ 1) รูปธรรม ซึ่งอาจอยู่ในรูปของการช่วยเหลือด้านการเงินหรือด้านร่างกาย โดยการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล ได้แก่ การให้วัตถุ การช่วยเหลือ

ด้านการเงิน การรักษาและการนำส่งโรงพยาบาลเมื่อมีอาการหรือตรวจติดตามผลการรักษา 2) ด้านนามธรรม ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่น ทางด้านอารมณ์ การสร้างความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก เช่น การยกย่อง และการให้กำลังใจ เป็นต้น

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความห่วงใยและความผูกพัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน จึงส่งผลให้บุคคลนั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ เป็นการให้ความรัก ความผูกพัน ห่วงใย เห็นอกเห็นใจกัน 2) ด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยให้การยอมรับยกย่อง ชมเชย เพื่อนำไปประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมกับผู้อื่น 3) ด้านข้อมูลข่าวสารเป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำข้อเสนอแนะการชี้แนวทางเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ 4) ด้านทรัพยากรเป็นการช่วยเหลือโดยตรงทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา เป็นต้น

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับประโยชน์จากการมีปฏิสัมพันธ์กันหรือจากความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุประสงค์ของหรือบริการ

Pender (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับและนับถือ รู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นได้รับจากกลุ่มคนในระบอบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่คู่ครองของผู้ป่วยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสม อาจแสดงออกมาในลักษณะของรูปธรรม หรือนามธรรม เช่น การให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน วัตถุประสงค์การพาไปรักษาหรือส่งโรงพยาบาล เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังนั้น เรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อน เป็นเรื่องระหว่างสามีและภรรยาการสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI คือ คู่ครองของผู้ป่วย การให้กำลังใจ ยอมรับ ยกย่องยอมรับข้อจำกัดในการมีพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองและสังคม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศ การศึกษาของ Drory et al. (1998) และวินิตย์ หลงละเลิง (2552) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .17, p < .001$  และ  $r = .422, p < .05$ ) และชญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = .394, p < .05$ )

**การประเมินการสนับสนุนทางสังคม** จากการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

1) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ประยุกต์ใช้ของ สายรุ่ง บัวระพา (2547) ใช้แนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.90

2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ ชัญญา อุทิศสิริพานิช (2553) ตามแนวคิดของ Kaplan et al. (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ใช้เกณฑ์การแปลผล แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ ชัญญา อุทิศสิริพานิช (2553) เนื่องจากมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของสังคมไทย ที่คู่ครองเป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคลและไม่ควรเปิดเผย คู่ครองซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนด้านเพศมากที่สุด

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยในประเทศ

ผจงจิต อัครวิกุล (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรค และความรู้เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพศชายอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 120 ราย พบว่า ผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือดมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ด้านพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศและโดยรวมอยู่ในลักษณะคงเดิม ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชาย โรคหัวใจขาดเลือด ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้เรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด

ธนิตา เจริญดำรงสุข (2543) ศึกษาประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลชลบุรี และ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์รวมผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 คน จำแนกเป็นเพศชาย 11 คน และเพศหญิง 2 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะที่บอกถึงเพศสัมพันธ์เป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิต 2) ลักษณะที่บอกถึงเพศสัมพันธ์เป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะ

สุขภาพขณะเจ็บป่วย และ 3) ลักษณะที่บอกลักษณะเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งไม่จำเป็นและทำให้ชีวิตสั้น ส่วน ประสิทธิภาพด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมี 2 ลักษณะ คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์คงเดิมทั้งคุณภาพและความถี่ในการมี เพศสัมพันธ์ และ 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจำแนกได้ 4 กรณี คือ 2.1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง แต่ความต้องการทางเพศปกติ 2.2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง และความต้องการทางเพศลดลง 2.3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลงไม่มีความต้องการทางเพศแต่ต้องการ ตอบสนองความต้องการทางเพศของคู่ครอง และ 2.4) ยุติการมีเพศสัมพันธ์ แม้จะมีความต้องการทาง เพศ สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเนื่องจากเงื่อนไข 3 ประการ คือ 1) อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างหรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ความไม่สุขสบายในระหว่างหรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ และความบกพร่องของ อวัยวะเพศในขณะปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ 2) การรับรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ที่มีภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ที่เพศสัมพันธ์อาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วย โรคหัวใจ และการรับรู้ที่เพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนบุคคล และ 3) การขาดข้อมูลคำแนะนำที่เหมาะสม จากบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับการจัดการกับภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์ต่าง ไปจากเดิม พบว่า มี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ปรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ให้กลับสู่ภาวะปกติ ด้วย การแสวงหาข้อมูลและแก้ไขภาวะความบกพร่องทางเพศ เตรียมพร้อมการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ภายหลังการเจ็บป่วย และปรับสมดุลความไม่สุขสบายในขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ เพศสัมพันธ์กลับสู่ปกติเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงยังปรากฏอยู่ และหยุดการมีเพศสัมพันธ์ และ 2) ระวัง ภัยพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เบี่ยงเบนความสนใจเรื่องเพศ และ ยับยั้งความต้องการทางเพศโดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ การมีความสุขและดำรงความสัมพันธ์กับภรรยา ได้ กับการสูญเสียภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ปราณิศา เสาวคนธ์ และคณะ (2545) ศึกษาความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างหรือเคยได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับมาประกอบอาชีพและทำงานบ้านได้ค่าเฉลี่ย 4.6 (SD = 4.4) และ 3.1 (SD = 2.2) เดือน ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพการทำงานลดลงเท่ากับ ร้อยละ 46.4 เหมือนเดิม ร้อยละ 37.5 และเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.4 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยของความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดเท่ากับ 4 และ 2 ครั้งต่อเดือน ตามลำดับ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ย 3.8 (SD = 2.9) เดือน ผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดเหมือนเดิมเท่ากับร้อยละ 53.8 ลดลงเท่ากับ ร้อยละ 42.3 ดีขึ้น ร้อยละ 3.8 สรุป คือ อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถทำงานและมีเพศสัมพันธ์ หลังได้รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจไม่มีความแตกต่างกับก่อนได้รับการผ่าตัด แต่ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อัตมโนทัศน์ทางเพศ ประกอบด้วย ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อายุระหว่าง 21-59 ปี จำนวน 132 คน พบว่า คะแนนความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .517, .605 และ .433 ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.322, -.388 และ -.512 ตามลำดับ



สมพร งามวิสัย (2553) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อายุ 35-65 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปว่า ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์สูงขึ้น เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ได้

ชญญา อุทศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ( $r = .652, .645$  และ  $.394$  ตามลำดับ) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศ ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ( $r = -.610, -.557, -.458$  และ  $-.368$  ตามลำดับ) และตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 57.8 ( $R^2 = .578$ )

นาริลักษณ์ ถิ่นพ่ายพ (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกาย ความใกล้ชิดสนิทสนมของผู้ป่วยกับคู่สมรส/คู่นอน และความรู้เรื่องการปฏิบัติทางเพศกับการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทั้งชายและหญิง ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 88 ราย พบว่า การปฏิบัติทางเพศของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เมื่อเปรียบเทียบกับ การปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด มีระดับดีขึ้น ร้อยละ 59.1 ระดับเท่าเดิม ร้อยละ 9.1 และระดับแย่งลง ร้อยละ 31.8 การทำหน้าที่ของร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติทางเพศในด้านมุมมองต่อคู่สมรส/คู่นอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .23, p < .05$ ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางเพศโดยรวม ความใกล้ชิดสนิทสนม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติทางเพศในด้านการมีกิจกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.22, p < .05$ ) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางเพศโดยรวม ความรู้เรื่องการปฏิบัติทางเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางเพศโดยรวม และแต่ละด้าน

ประภาพร ดองโพธิ์และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2557) ศึกษากิจกรรมทางเพศและอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อัตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีกิจกรรมทางเพศอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 0.51$ ,  $SD = 0.43$ ) อัตมโนทัศน์ทางเพศ การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการและความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวก กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ( $r = .780$ ,  $.695$  และ  $.159$  ตามลำดับ) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ( $r = -.567$ ) อัตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการสามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ร้อยละ  $66.8$  ( $R^2 = .668$ ,  $p < .05$ )

อุษาวดี อัครวิเศษ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับ การเลือกใช้เครื่องมือที่เหมาะสมในการประเมินการการทำหน้าที่ทางเพศ เนื่องจากมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การทำหน้าที่ทางเพศ (sexual function) การทำหน้าที่ทางเพศที่ผิดปกติ (sexual dysfunction) อาการทางเพศ (sexual symptom) หรือการให้ความรู้ทางเพศ (sexual education) เป็นที่สนใจและเพิ่มขึ้นจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องเลือกใช้เครื่องมือที่มีความเหมาะสม ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ เครื่องมือในการวัดการทำหน้าที่ทางเพศ 2 เครื่องมือ ที่มีกนิยมใช้ในการวัดการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วย ได้แก่ แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศในเพศชาย (International Index of Erectile Function: IIEF) และเครื่องมือวัดคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศ (Scale for Quality of Sexual Function: QSF) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ เป็นแบบวัด และเปรียบเทียบคุณภาพของการทำหน้าที่ทางเพศ สำหรับเพศหญิงและเพศชาย) เครื่องมือได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งานสามารถตอบและประเมินได้ง่ายแบบสอบถามได้รับการทดสอบความเชื่อมั่นทั้ง Content หรือ face validity ทดสอบด้วย multivariate analysis of internal structure (factor analysis) และได้ทำการทดสอบความเที่ยงโดยวัด Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 8 สำหรับแบบวัดทั้งหมดและได้ค่าสำหรับแบบวัดองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายจิตใจ 2) การมีเพศสัมพันธ์ 3) การทำหน้าที่ทางเพศสะท้อนด้วยตนเองและ 4) การทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติคุณนอนเท่ากับ .90, .82, .75, .57 ตามลำดับแต่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาเครื่องมือทำให้มีผลการตรวจสอบความเที่ยงและความเชื่อมั่นจากการศึกษาจำนวนน้อยยังคงต้องดำเนินการใช้เครื่องมือในการวิจัยต่อไป

## 5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Papadopoulos et al. (1980) ศึกษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยเพศหญิง อายุต่ำกว่า 65 ปี จำนวน 130 คน พบว่า ร้อยละ 51 ของกลุ่มตัวอย่างกลับมารักษาไม่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 44 คู่สมรสกลับมารักษาไม่มีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 27 ไม่กลับมามีเพศสัมพันธ์อีก ซึ่งสาเหตุที่กลัวมากที่สุด คือ เจ็บหน้าอก และหัวใจวาย ร้อยละ 57 มีอาการขณะมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจเร็ว และอ่อนเพลีย ร้อยละ 44 ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง และร้อยละ 58 รู้สึกซึมเศร้าหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และยัง พบว่า มีเพียงร้อยละ 18.4 ที่ได้รับข้อมูลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์โดยแพทย์เป็นผู้เริ่มต้นพูดก่อน

Drory et al. (1998) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์การแพทย์ 8 แห่ง ประเทศอิสราเอล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 276 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 30-65 ปี (อายุเฉลี่ย 51 ปี) มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 99 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 88 ไม่กล้ากลับไปมีเพศสัมพันธ์หลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 50 ไม่กล้ากลับไปมีเพศสัมพันธ์ 1 เดือนหลังจากเป็นโรค กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 มีความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง และร้อยละ 10 ลดลงทั้งความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยัง พบว่า ความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรค อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ เบาหวาน ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และผลการศึกษา พบว่า ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรค อายุ ระดับการศึกษา เบาหวาน ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศด้านความถี่ ในการมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 32 ( $R^2 = .32$ ) ส่วนความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรค อายุ และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 23 ( $R^2 = .23$ ) ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ อายุ และภาวะซึมเศร้า

Drory et al. (2000) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศของเพศหญิงและเพศชาย หลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก มีวัตถุประสงค์เปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และด้านคลินิก กับพฤติกรรมทางเพศหลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 462 ราย เพศหญิงจำนวน 51 ราย พบว่า หลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า เพศหญิงร้อยละ 79 และเพศชายร้อยละ 89 กลับไปพฤติกรรมทางเพศลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 9.76, p < .003$ ) ก่อนและหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมทางเพศและความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่หลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจตายเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมทางเพศทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงไม่แตกต่างกัน และพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Drory et al. (2002) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของเพศหญิงและเพศชายก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 ปี โดยศึกษาเปรียบเทียบกับคนปกติที่ไม่ได้เป็นโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 138 คน เพศชายจำนวน 760 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจมีพฤติกรรมทางเพศก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแตกต่างกับคนปกติที่ไม่ได้เป็นโรคหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 66.7, p < .001$ ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมทางเพศลดลง คิดเป็นร้อยละ 53 ส่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงไม่แตกต่างกับคนปกติที่ไม่ได้เป็นโรคหัวใจ

Heinemann et al. (2005) ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือพัฒนาแบบประเมินคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศ (Quality of Sexual Function: QSF) ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้วัดคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศทั้งในเพศหญิงและชาย มีข้อคำถาม 40 ข้อเป็นข้อคำถามทั่วไป 8 ข้อและข้อคำถามเฉพาะการทำหน้าที่ทางเพศจำนวน 32 ข้อประกอบด้วยแบบวัด 4 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายจิตใจ 2) การมีเพศสัมพันธ์ 3) การทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและ 4) การทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติตนเอง ข้อคำถามครอบคลุมเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ ความตื่นตัวทางเพศการหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ การถึงจุดสุดยอด ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์

Eyada, & Atwa (2007) ศึกษาความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย Unstable Angina และ Non-ST Elevation Myocardial infarction (NSTEMI) เพศหญิง จำนวน 35 คน จาก 16 โรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์ ถึงกิจกรรมทางเพศหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 12 สัปดาห์ พบว่า มีผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางเพศ ร้อยละ 48.57 แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ 82.35 ไม่พึงพอใจในการมี เพศสัมพันธ์ร้อยละ 35.3 และไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์เป็นอย่างมาก ร้อยละ 41.2 กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศ ร้อยละ 51.43 มีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรค ร้อยละ 66.7 กว่าจะเกิดอาการขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 70.59 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ร้อยละ 38.89

Kazemi-Saleh et al. (2008) ศึกษาความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์และปัจจัยด้านจิตใจระหว่างเพศชายและหญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพศชาย จำนวน 397 คน เพศหญิงจำนวน 153 คน ของโรงพยาบาล Baqiyatallah ประเทศอิหร่าน พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนพฤติกรรมทางเพศตั้งแต่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพศหญิงมีความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจในความถี่ของการกอดจูบ การถึงจุดสุดยอดขณะมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง และไม่มีเพศสัมพันธ์ใน

ระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเพศชายและหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .20, p < .01$  และ  $r = .10, p < .05$  ตามลำดับ) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์และการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยเพศชายและหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .11$  และ  $r = .19, p < .05$  ตามลำดับ)

Steinke et al. (2008) ศึกษาปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจวาย โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุสุขภาพดีกับผู้ป่วยโรคหัวใจวาย พบว่า อัตมโนทัศน์ทางเพศ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า หากมีปัจจัยดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นจะยังมีผลต่อการมีกิจกรรมทางเพศ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศ นอกจากนี้อัตมโนทัศน์ทางเพศ อายุ สถานภาพสมรส สามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ ร้อยละ 31.1 ( $R^2 = .311, p < .05$ ) เมื่อวิเคราะห์รายด้านของอัตมโนทัศน์ทางเพศ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ อายุ และ สถานภาพสมรสสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ ร้อยละ 38.4 ( $R^2 = .384, p < .05$ )

Mosack et.al (2009) ศึกษาแนวโน้มแนวโน้มความกังวลทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและรูปแบบของความกังวลทางเพศของการฟื้นฟูในช่วงต้น, กลาง, และระยะยาวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างปี 1995 ถึงปี ค.ศ. 2002 จากการเก็บข้อมูลแบบวิเคราะห์เนื้อหาจากผู้ป่วย 3 กลุ่มตัวอย่าง ( $N = 302$ ) จากทั้งหมด 326 หน่วยใช้แนวคิดเรื่องความมั่นคงทางเพศ ผลการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่า ทั้ง 3 ปัจจัยของความมั่นคงทางเพศ คือ 1) ด้านอัตมโนทัศน์ทางเพศ 2) ด้านการสื่อสาร 3) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ด้านสุขภาพกายและจิตใจ ปัญหาด้านการสื่อสารเกี่ยวข้องกับการขาดข้อมูลทางเพศและความใกล้ชิดกันของคู่สมรส การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อความกังวลในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งอิทธิพลของคู่สมรสที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์สะท้อนให้เห็นภายในความคิดเห็น แนวโน้มในช่วงต้นของการฟื้นฟูในช่วงต้นกลางและในระยะหลังมีความคล้ายคลึงกับผลการวิจัยในช่วงระยะเวลา 8 ปี ปัจจัยทั้ง 3 ด้านความมั่นคงทางเพศแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการให้คำปรึกษาเรื่องเพศกับผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านสุขภาพและช่วยในการแจ้งผู้ให้บริการเกี่ยวกับเนื้อหาสำหรับการศึกษาผู้ป่วย

Mosack et al. (2011) ศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าต่อการมีกิจกรรมทางเพศและความพึงพอใจในการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวาย จำนวน 169 คน ที่รับการรักษาจากคลินิกในเขต Kentucky และ Kansas พบว่า กลุ่มผู้ป่วยหัวใจวายที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยมีระดับของกิจกรรมทางเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีกิจกรรมทางเพศ ร้อยละ 48.5 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.5 ส่วนผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศมี ร้อยละ 51.5 และเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 31 คะแนนความพึงพอใจทางเพศไม่ได้มีอิทธิพลมาจากการใช้ยาลดภาวะซึมเศร้า และพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายความพึงพอใจทางเพศได้ ร้อยละ 8

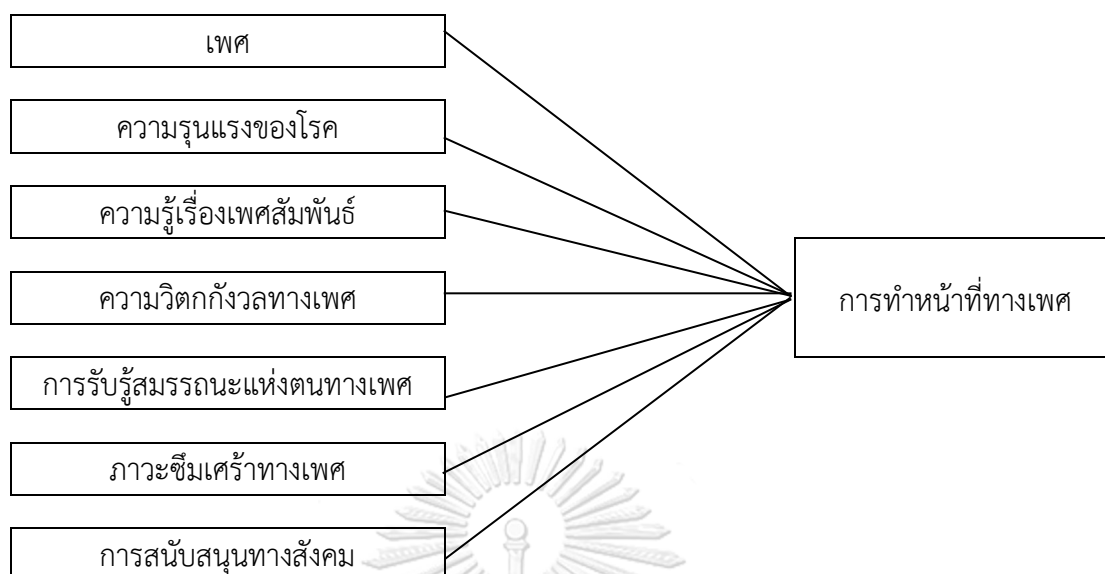
Gotawski et al. (2017) ศึกษาและประเมินการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยเพศชายจำนวน 60 คน อายุ 18-70 ปี ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังจากได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI โดยเข้าพบเพื่อประเมินการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วย 2 ครั้ง คือ หลังจากได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI ไปแล้ว 3 วันและระหว่าง 4 - 6 เดือนหลังจาก PCI โดยในช่วงการสอบถามครั้งแรก พบว่า การทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังการทำ PCI ไม่แตกต่างกัน แต่การตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 พบว่า การทำหน้าที่ทางเพศในช่วง 4 - 6 เดือนหลังการทำ PCI พบว่า การทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีการหย่อนสมรรถภาพทางเพศอย่างมาก เมื่อได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI สมรรถภาพทางเพศจะดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วง 4-6 เดือน หลังการทำ PCI

Mourad et al. (2017) ศึกษาประเมินและเปรียบเทียบรูปแบบของกิจกรรมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทำผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดแดงหัวใจในผู้ป่วยเพศชายโดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำกว่า 60 ปี ที่เข้ารับการรักษาเพื่อทำ CABG โดยการประเมินผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา 2 วันก่อนผ่าตัดและ 12 สัปดาห์ หลังทำ CABG พบว่า เปรียบเทียบกับช่วงก่อนและหลังการทำ CABG พบว่า มีการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG รู้สึกการด้อยค่าในตนเองสมรรถภาพทางเพศลดลง ปัจจัยด้าน การสร้างอารมณ์ความตื่นเต้นทางเพศและความสุขและความพึงพอใจในทางเพศ ร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศหลังการทำ CABG ได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีการศึกษาพฤติกรรมทางเพศทั้งก่อนและหลังการทำหัตถการ ในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความรู้และการรับรู้ในด้านต่างๆ ส่วนในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาเรื่องพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาก่อนการทำหัตถการ โดยมีการศึกษาเรื่องพฤติกรรมทางเพศหลังทำหัตถการในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ เพียง 2 เรื่อง โดยศึกษา ความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัดบายพาสหลอดเลือด หัวใจและ หรือ ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (ปราณีศา เสาวคนธ์ และคณะ, 2543) และการศึกษาของนารีลักษณ์ ถิ่นพ่ายพ (2556) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางเพศของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่ที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้จะเป็นตัวแปรที่มีความคล้ายคลึงกัน แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับบุคคลในวัยผู้ใหญ่

ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ในเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านจิตใจและการรับรู้ ได้แก่ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI ในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิ (super tertiary care) เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI เพศชาย และหญิงอายุ 18-59 ปี เข้ามารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคหัวใจในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ถึง 1 ปี (Levine et al., 2012)

2. สถานภาพคู่ ที่เป็นชาย - หญิง อยู่ด้วยกัน

3. มีเพศสัมพันธ์หลังจากได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI

4. มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ

5. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

6. มีความสมัครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

ขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบของโรค เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ เป็นลม หอบเหนื่อย มีอาการไม่สุขสบายของร่างกาย หัวใจเต้นผิดปกติ เสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิตต้องเข้ารับการรักษาเร่งด่วน เป็นต้น

ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการกำเริบของโรค ไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างออก และไม่มีผู้แสดงความจำนงค์ขอออกจากการศึกษา

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้**

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรม G\*Power (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555: 76; พิศสมัย อรทัยและศรีสมร ภูมณสกุล, 2556: 12; รัตน์ศิริ ทาโต, 2561: 318) ค่าขนาดอิทธิพลปานกลางเท่ากับ 0.30 (จากการศึกษาของนาริลักษณ์ ถิ่นพ่าย, 2556) ค่าอำนาจการทดสอบร้อยละ 90 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ



ที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 112 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง 124 คน

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดโรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ในระดับตติยภูมิขั้นสูง (Super tertiary care) ที่มีศูนย์โรคหัวใจตามสังกัดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ดังนี้

1) กระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

2) กระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

3) กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี สถาบันโรคทรวงอก

4) สภากาชาดไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

5) กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

6) สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตามสังกัดมา 2 สังกัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ (simple random sampling without replacement) ได้ 2 สังกัด คือ กระทรวงกลาโหมและกระทรวงศึกษาธิการ

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มโรงพยาบาลแต่ละสังกัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ (simple random sampling without replacement) ได้สังกัดละ 1 โรงพยาบาล ได้แก่ สังกัดกระทรวงกลาโหม คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและกระทรวงศึกษาธิการ คือ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ขั้นตอนที่ 4 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) โดยสำรวจรายชื่อและตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 2 โรงพยาบาลจำนวน 124 คน แบ่งเป็น โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ อย่างละ 62 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 1 ชุด และแบบสอบถามทั้งหมด 8 ชุด ได้แก่

**แบบคัดกรอง** ประกอบด้วยคำถาม สภาพทางเพศของผู้ตอบแบบสอบถาม สภาพเพศของคู่สมรส สถานภาพสมรส ประสพการณ์การมีหน้าที่ทางเพศ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีประสพการณ์การมีเพศสัมพันธ์หลังจากได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI พัฒนาโดยผู้วิจัย

**ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรักษาที่ได้รับ โรคร่วม กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ตำแหน่งของการขยายหลอดเลือดหัวใจ อาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการได้รับการทำ PCI การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ให้คำแนะนำ ความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ สิ่งที่ต้องการทราบเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย จำนวน 19 ข้อ

**ชุดที่ 2 แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ** ผู้วิจัยดัดแปลงแบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศของอุซาวดี อัครวิเศษ (2558) จำนวน 19 ข้อ เป็นแบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศสำหรับเพศหญิงและเพศชาย ข้อคำถามครอบคลุมเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ความต้องการในการมีเพศสัมพันธ์ ความตื่นตัวทางเพศ การหลั่งของน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ การถึงจุดสุดยอด ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยประเมินผ่านมุมมองทางเพศ 3 มุมมอง ได้แก่ 1) การมีเพศสัมพันธ์ 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 12, 14-19 2) การทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเอง 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 13 3) การทำหน้าที่ทางเพศตามที่ค้นของคู่นอน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 6, 11

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย – ใช้อย่างยิ่ง โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาตรฐานค่า	ความหมาย	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
ไม่เลย	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน
ใช้เล็กน้อย	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	2 คะแนน	4 คะแนน
ใช้ปานกลาง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	3 คะแนน	3 คะแนน
ใช้มาก	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ใช้อย่างยิ่ง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน

#### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 19-95 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างชั้น (ศิริชัย กาญจนวาสิ, 2555) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การทำหน้าที่ทางเพศ ระดับดี	มีคะแนนระหว่าง	69.8 – 95	คะแนน
การทำหน้าที่ทางเพศ ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	44.4 – 69.7	คะแนน
การทำหน้าที่ทางเพศ ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	19 – 44.3	คะแนน

**ชุดที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของโรค** ใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคของชัยญา อุทศสิริพานิช (2553) ตามหลักเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) เป็นการจำแนกระดับความรุนแรงของอาการของโรคที่มีความเฉพาะกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคด้วยตนเอง โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บหน้าอก ประเมิน ณ วันที่ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามผลการรักษาหลังการทำ PCI จำนวน 7 ข้อ แบ่งความรุนแรงของโรคได้ 4

ความรุนแรงระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ในระดับปกติ

ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และถ้าได้พักระยะหนึ่งจะสามารถทำกิจกรรมต่อได้

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติอย่างชัดเจน ในภาวะปกติและจะมีอาการเจ็บหน้าอก อาการไม่ดีขึ้นเมื่อต้องพักต้องอมยาขยายหลอดเลือดได้ลิ้นจืดขึ้น

ความรุนแรงระดับที่ 4 ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีเจ็บแน่นหน้าอกขณะพัก

#### เกณฑ์การแปลผล

- 1 หมายถึง ความรุนแรงของโรคระดับที่ 1
- 2 หมายถึง ความรุนแรงของโรคระดับที่ 2
- 3 หมายถึง ความรุนแรงของโรคระดับที่ 3
- 4 หมายถึง ความรุนแรงของโรคระดับที่ 4

**ชุดที่ 4 แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์** ใช้แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ The Sex After Myocardial Infarction Knowledge Test ของ Asgar et al. (2018) ประยุกต์จากแบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ Steinke et al. (1999) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือในการศึกษาเกี่ยวกับการทดสอบความรู้เรื่องเพศในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI และขออนุญาตทำการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาตามกระบวนการแปลย้อนกลับและตรวจสอบโดยเจ้าของเครื่องมืออีกครั้ง จำนวน 25 ข้อ

#### เกณฑ์การให้คะแนน

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบแบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	ตอบถูกต้อง	ให้ 1 คะแนน
ตอบแบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	ตอบผิด	ให้ 0 คะแนน

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 25 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างชั้น (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	16.8 – 25	คะแนน
ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	8.4 – 16.7	คะแนน
ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	0 – 8.3	คะแนน

**ชุดที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ** ใช้แบบประเมิน Sexual self-perception and adjustment ด้านความวิตกกังวลทางเพศของ Steinke et al. (2013) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือในการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลทางเพศ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำการ PCI และทำการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาตามกระบวนการแปลย้อนกลับ และตรวจสอบโดยเจ้าของเครื่องมืออีกครั้ง จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านลบทั้งหมด

### เกณฑ์การให้คะแนน

ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก – ไม่เห็นด้วยอย่างมาก โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาตรฐานค่า	ความหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน
เห็นด้วยอย่างมาก	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5 คะแนน
เห็นด้วย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ท่านแน่ใจกับข้อความนั้น	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	1 คะแนน

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7- 35 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างชั้น ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความวิตกกังวล	ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	25.8 - 35.0	คะแนน
ความวิตกกังวล	ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	16.4 - 25.7	คะแนน
ความวิตกกังวล	ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	7.0 - 16.3	คะแนน

**ชุดที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ** ใช้แบบประเมิน Sexual self-perception and adjustment ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ของ Steinke et al. (2013) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือในการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI และขออนุญาตทำการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ตามกระบวนการแปลย้อนกลับ จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก – ไม่เห็นด้วยอย่างมาก โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาตรฐานค่า	ความหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน
เห็นด้วยอย่างมาก	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5 คะแนน
เห็นด้วย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ท่านแน่ใจกับข้อความนั้น	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	1 คะแนน

#### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7- 35 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างชั้น ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	25.8 - 35.0	คะแนน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	16.4 - 25.7	คะแนน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	7.0 - 16.3	คะแนน

**ชุดที่ 7 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ** ใช้แบบประเมิน Sexual self-perception and adjustment ด้านภาวะซึมเศร้าทางเพศของ Steinke et al. (2013) ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าทางเพศในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI และขออนุญาตทำการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา ตามกระบวนการแปลย้อนกลับ จำนวน 7 ข้อ โดยข้อ 1-5 เป็นข้อคำถามด้านลบ ข้อ 6-7 เป็นข้อคำถามด้านบวก

### เกณฑ์การให้คะแนน

ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก – ไม่เห็นด้วยอย่างมาก โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาตรฐานค่า	ความหมาย	คำถามทางบวก	คำถามทางลบ
เห็นด้วยอย่างมาก	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน
เห็นด้วย	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ท่านแน่ใจกับข้อความนั้น	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7- 35 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างชั้น ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าทางเพศ ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	25.8 - 35.0	คะแนน
ภาวะซึมเศร้าทางเพศ ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	16.4 - 25.7	คะแนน
ภาวะซึมเศร้าทางเพศ ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	7.0 - 16.3	คะแนน

**ชุดที่ 8 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม** ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของชัยญา อุตศิริพานิช (2553) โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือ ได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย (Social network) มี 2 รูปแบบ ได้แก่ การแสดงออกในลักษณะรูปธรรม และนามธรรม จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด

### เกณฑ์การให้คะแนน

ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด – เป็นจริงน้อยที่สุด โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มาตรฐานค่า	ความหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน
เป็นจริงมากที่สุด	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง	5 คะแนน
เป็นจริงส่วนมาก	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	รู้สึกที่ไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น	3 คะแนน
เป็นจริงน้อย	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงบ้างเล็กน้อย	2 คะแนน
เป็นจริงน้อยที่สุด	ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเลย	1 คะแนน

### เกณฑ์การแปลผลคะแนน

แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class interval) โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างชั้น (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	36.8 – 50	คะแนน
การสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	23.4 – 36.7	คะแนน
การสนับสนุนทางสังคม ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	10 – 23.3	คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ดังนี้

- 1.1.1 แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คน
- 1.1.2 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน
- 1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน
- 1.1.4 อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน

1.2 ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดที่ 2 - 8 ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Polit & Beck, 2008) จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยก็จะมี ความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์สูตรคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ภายหลังผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผลการพิจารณาการตรวจความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาดังตารางที่ 1 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยปรับข้อคำถามให้มีความตรง กระชับ อ่านแล้วเข้าใจง่าย มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

## 2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขแล้ว โดยพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง โดยหาค่าความสอดคล้องภายใน แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ แบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ แบบสอบถามความพึงพอใจทางเพศด้วย แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ แบบสอบถามเรื่องการรับรู้อุปสรรคทางเพศ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยพิจารณาเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เท่ากับหรือมากกว่า .80 (DaVellis, 2012) ส่วนชุดที่ 8 แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder-Richardson ด้วยวิธี KR - 20 โดยใช้เกณฑ์ เท่ากับหรือมากกว่า 0.70 (Polit & Beck, 2008) ได้ค่าความเที่ยงของแต่ละแบบสอบถาม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30)

แบบสอบถาม	ค่าความตรงตามเนื้อหา	ค่าความเที่ยงทดลองใช้ (n = 30)
1. แบบวัดคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศ	0.93	0.82 (α)
2. แบบประเมินความรุนแรงของโรค	1	-
3. แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	0.98	0.77 (KR)
4. แบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ	0.97	0.91 (α)
5. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ	0.91	0.91 (α)
6. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ	1	0.85 (α)
7. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.98	0.81 (α)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด ระหว่างวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ถึง 15 มีนาคม พ.ศ. 2562 ดังนี้

1. ขั้นตอนการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการระหว่างวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2561– 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 มีขั้นตอน ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือการขอรับรองการพิจารณาจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้ออกหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมแพทย์ทหารเรือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์



เฉลิมพระเกียรติ จากนั้นผู้วิจัยได้ยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมแพทยทหารเรือและคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือการขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้ออกหนังสือขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จากนั้นยื่นเรื่องขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

1.3 ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตให้เก็บดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมแพทยทหารเรือ เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2561 (รหัสโครงการ RP023/61) และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2561 (รหัสโครงการ 143/2561) ได้รับอนุญาตให้เก็บดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2561

1.4 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานเพื่อขอเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และหัวหน้าคลินิกโรคหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอดูแลระเบียบ รวมทั้งแนะนำผู้วิจัยให้พบกับกลุ่มตัวอย่าง

**2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 - 15 มีนาคม พ.ศ. 2562 โดยผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวัน เวลาที่คลินิกของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งเปิดให้บริการดังตารางที่ 2 โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ที่เข้ารับการรักษาตามนัด ณ ห้องตรวจโรคอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามแบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขณะรอแพทย์ตรวจผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ โดยแจ้งกลุ่มตัวอย่างถึงเวลาที่แพทย์จะเริ่มเรียกตรวจเพื่อลดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในการเรียกเข้าตรวจเมื่อมีการเริ่มเรียกเข้าตรวจผู้วิจัยจะเป็นผู้แจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2.4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละ 1 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ซึ่งเป็นห้องตรวจของแพทย์ และมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามทั้ง 8 ชุด และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด สำหรับแบบประเมินความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเองโดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณคนละ 30 - 45 นาที เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

2.5 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 124 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

**ตารางที่ 2** วัน เวลา ของคลินิกที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วัน	เวลา	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
จันทร์	08.00 - 12.00		✓
	16.00 - 20.00		✓
อังคาร	08.00 - 12.00	✓	
	13.00 - 16.00	✓	
พุธ	08.00 - 12.00	✓	
	13.00 - 16.00	✓	
พฤหัสบดี	08.00 - 12.00	✓	
	13.00 - 16.00		
ศุกร์	08.00 - 12.00		✓
	16.00 - 20.00		✓

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลัง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตให้เก็บดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมแพทย์ทหารเรือ เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2561 (รหัสโครงการ RP023/61) และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2561 (รหัสโครงการ 143/2561) ได้รับอนุญาตให้เก็บดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2561 ผู้วิจัยจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและมอบเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย เพื่อให้กลุ่ม

ตัวอย่างศึกษาจนเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยและมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีการปิดบังหรือบิดเบือนความจริงใดๆ และการตัดสินใจไม่มีผลต่อการดูแลรักษาตามปกติที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือคำถามเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงและตอบคำถามจนกลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจและเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการเคารพความเป็นส่วนตัวและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างและผลการวิจัยมีการนำเสนอเป็นภาพรวม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมและให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนลงลายมือชื่อในใบให้ความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง และหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สะดวกใจหรือรู้สึกถูกรบกวน กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยมิต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

ขณะตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ เป็นลม หอบเหนื่อย หรือมีอาการไม่สุขสบายของร่างกาย ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการกำเริบของโรค ไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างออก และไม่มีผู้แสดงความจำนงค์ขอออกจากกรวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การทำหน้าที่ทางเพศ เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยการนำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ความรุนแรงของโรค กับการทำหน้าที่ทางเพศ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) โดยใช้เกณฑ์ของ บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร (2550)

$r$  เท่ากับ 0 ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์

$r$  น้อยกว่า .30 ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

$r$  มีค่าระหว่าง .30-.70 ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

$r$  มากกว่า .70 ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง

$r$  เท่ากับ 1 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 124 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ดังตารางที่ 3

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ดังตารางที่ 4-5

**ตอนที่ 3** ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ดังตารางที่ 6

**ตอนที่ 1** ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ BMI ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรักษาที่ได้รับ อาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการทำ PCI การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ให้คำแนะนำ ความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ เรื่องที่ต้องการทราบเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ โรคร่วม กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน จำนวนครั้งที่ได้รับการทำ PCI ตำแหน่งของการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนเส้นเลือดหัวใจที่ตีบ ค่าการทำงานของหัวใจ (n = 124)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>			
ชาย		100	80.6
หญิง		24	19.4
<b>อายุ (ปี)</b>			
$\bar{X}$ = 54.8 SD = 5.66 Max = 60 , Min = 30			
<b>BMI (กก./ม.<sup>2</sup>)</b>			
ปกติ	18.5 - 22.99	36	29.0
น้ำหนักเกิน	23.0 - 24.99	70	56.5
อ้วน ระดับ 1	25.0 - 29.99	13	10.5
อ้วน ระดับ 2	30.0 - 34.99	3	2.4
Morbid obesity	$\geq 35.0$	2	1.6
$\bar{X}$ = 24.34 SD = 7.27, Max = 36.2 , Min = 18.56			
<b>ระดับการศึกษา</b>			
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา		11	8.9
มัธยมศึกษาตอนต้น		19	15.3
อนุปริญญา		29	23.4
ปริญญาตรีขึ้นไป		65	52.4
<b>อาชีพ</b>			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		5	4.0
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ		47	37.9
รับจ้าง		16	12.9
ทำไร่ - ทำนา / เกษตรกรรม		4	3.2
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว		12	9.7
พนักงานบริษัท		22	17.7
ข้าราชการบำนาญ		11	9.0
อื่นๆ		7	5.6

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการเป็นโรค</b>		
2 สัปดาห์- 1เดือน	15	12.1
ระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน	35	28.2
ระหว่าง 3 เดือน - 6 เดือน	50	40.3
ระหว่าง 6 เดือน - 1 ปี	24	19.4
<b>การรักษา ร่วมกับการทำ PCI ที่ได้รับ</b>		
การรับประทานยา	124	100
<b>อาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์</b>		
เคย	3	1.7
ไม่เคย	160	98.3
<b>การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการได้รับการทำ PCI</b>		
1 - 2 สัปดาห์	4	3.2
ระหว่าง 2 - 4 สัปดาห์	30	24.2
ระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน	38	30.6
ระหว่าง 3 - 6 เดือน	29	23.5
ระหว่าง 6 เดือน - 1ปี	23	18.5
<b>การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ จากบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเป็นโรค</b>		
<b>กลัมน้ำใจตายภายหลังการทำ PCI</b>		
เคยได้รับ	22	12.7
ไม่เคยได้รับ	151	87.3
<b>เคยได้รับคำแนะนำจาก</b> ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (จำนวนคำตอบทั้งหมด 65 คำตอบ)		
แพทย์	11	6.4
พยาบาล	9	5.2
เพื่อน	6	3.5
คู่ของท่าน	2	1.2
อินเทอร์เน็ต / สื่อสังคมออนไลน์	30	24.1
<b>ความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์</b>		
ต้องการ	104	83.87
ไม่ต้องการ	20	16.12

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความต้องการคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์</b> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 526 คำตอบ)		
สัญญาณอันตรายระหว่างมีเพศสัมพันธ์	111	89.51
แนวทางแก้ไขปัญหาหากเกิดอาการผิดปกติ	88	70.96
ยาที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์	71	57.25
การเตรียมตัวก่อนการมีเพศสัมพันธ์	70	56.4
ท่า เวลา สถานที่ ที่เหมาะสมในการมีเพศสัมพันธ์	66	53.2
ประโยชน์และผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์	61	49.1
สถานที่บริการปรึกษาปัญหาทางเพศ	59	47.5
<b>โรคร่วม</b> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 331 คำตอบ)		
เบาหวาน	77	62.1
ความดันโลหิตสูง	60	48.3
หลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน	2	1
ไขมันในเลือดสูง	107	86.2
<b>กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน</b> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 449 คำตอบ)		
Lipid lowering agents/Statin	124	100
Beta-blocker	71	57.3
Diuretic	20	16.1
ACEI	28	22.6
Antiplatelet	124	100
Vasodilator	20	16.1
Antidiabetic	15	12.1
Calcium-antagonist/Calcium channel blocker	18	14.5
Anticoagulant	7	5.6
Digitalis	3	2.4
Antidepressant	19	15.3
<b>ครั้งที่ขยายหลอดเลือดหัวใจ</b>		
ครั้งที่ 1	61	49.2
ครั้งที่ 2	51	41.2
ครั้งที่ 3	6	4.8
ครั้งที่ 4 หรือมากกว่า	6	4.8
<b>ตำแหน่ง การขยายหลอดเลือดหัวใจ</b> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 166 คำตอบ)		
LMCA (Left main coronary artery)	3	2.4
LAD (Left anterior descending artery)	67	56.4
LCX (Left coronary Circumflex artery)	52	41.9
RCA (Right coronary artery (RCA))	44	35.4



ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>จำนวนเส้นเลือดหัวใจที่ตีบ</b>		
ตีบ 1 เส้น	44	35.4
ตีบ 2 เส้น	40	32.2
ตีบ 3 เส้น	30	26.6
ตีบมากกว่า 3 เส้น	10	5.8
<b>Echo cardiogram</b>		
LVEF $\geq$ 40 %	101	81.5
LVEF $\leq$ 40 %	23	18.5

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.6 มีอายุเฉลี่ย 54.8 ปี ( $\bar{X} = 54.8$ ,  $SD = 5.66$  Max = 59 , Min = 30) ค่า BMI ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ น้ำหนักเกิน 23.0 - 24.99 กก./ม.<sup>2</sup> ร้อยละ 56.5 ( $\bar{X} = 24.34$   $SD = 7.27$ , Max = 36.2 , Min = 18.56) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 52.4 รองลงมา ระดับอนุปริญญา ร้อยละ 23.4 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 37.9 รองลงมา คือ อาชีพพนักงานบริษัท ร้อยละ 17.7 มีระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจนานระหว่าง 3 เดือน - 6 เดือน ร้อยละ 40.3 รองลงมา ระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน ร้อยละ 28.2 การรักษาร่วมกับการทำ PCI คือ การรับประทานยาทุกคน กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 98.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการทำ PCI ระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน ร้อยละ 30.6 รองลงมา คือ ระหว่าง 2 - 4 สัปดาห์ ร้อยละ 24.2 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์จากบุคลากรทางการแพทย์ เพียงร้อยละ 12.7 โดยในจำนวนนี้ พบว่า เคยได้รับคำแนะนำจาก อินเทอร์เน็ต / สื่อสังคมออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 24.1 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.87 มีความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หลังการทำ PCI ส่วนใหญ่ต้องการปรึกษาเรื่องสัญญาณอันตรายระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 89.51 รองลงมา คือ เรื่องแนวทางแก้ไขปัญหาหากเกิดอาการผิดปกติและยาที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 70.96 และร้อยละ 57.25 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 86.2 รองลงมา คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 62.1 และ 48.3 ตามลำดับ ยาในกลุ่มยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) และลดไขมัน (Lipid lowering agents/Statin) เป็นกลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับ รองลงมา คือ ยาปิดกั้นบีต้า (Beta-blocker) และยาเบาหวาน (Antidiabetic) ร้อยละ 57.3 และ ร้อยละ 22.6 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการทำ PCI เป็นครั้งที่ 1 ร้อยละ 49.2 รองลงมา เป็นครั้งที่ 2 คิดเป็น ร้อยละ 41.2 ตำแหน่งเส้นเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ คือ LAD ร้อยละ 56.4 รองลงมา คือ LCX ร้อยละ 41.9 จำนวนเส้นเลือดหัวใจที่ตีบ จำนวน 1 เส้น มากที่สุด ร้อยละ 35.4 รองลงมา คือ 2 เส้น ร้อยละ 32.2 LVEF  $\geq$  40% ร้อยละ 81.4

**ตอนที่ 2** ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลัง การทำ PCI ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะ แห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลัง การทำ PCI ดังตารางที่ 4-5

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุดและการแปลผล การทำ หน้าที่ทางเพศ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	Min	Max	การแปลผล (ระดับ)
ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	14.99	2.82	9	23	ปานกลาง
ความวิตกกังวลทางเพศ	21.13	7.17	7	30	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ	24.37	5.46	17	30	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้าทางเพศ	19.62	3.61	14	27	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	38.44	6.59	22	50	สูง
การทำหน้าที่ทางเพศ	47.61	4.83	33	56	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ตัวแปรที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การ ทำหน้าที่ทางเพศ ( $\bar{X} = 47.61$ ,  $SD = 4.83$ ) ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ( $\bar{X} = 14.99$ ,  $SD = 2.82$ ) ความ วิตกกังวลทางเพศ ( $\bar{X} = 21.13$ ,  $SD = 7.17$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ( $\bar{X} = 24.37$ ,  $SD = 5.46$ ) ภาวะซึมเศร้าทางเพศ ( $\bar{X} = 19.62$ ,  $SD = 3.61$ ) ตัวแปรที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน ระดับสูง คือ การสนับสนุนทางสังคม ( $\bar{X} = 38.44$ ,  $SD = 6.59$ )

**ตารางที่ 5** จำนวน ร้อยละ ระดับความรุนแรงของโรค ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124)

ระดับความรุนแรงของโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1	65	52.5
ระดับที่ 2	59	47.5

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 ร้อย ละ 52.5 ระดับที่ 2 ร้อยละ 47.5

**ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI** ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล (ระดับ)
เพศ	$r_{pb} = .109$	.038	ต่ำ
ความรุนแรงของโรค	$r_{pb} = -.133$	.000	ต่ำ
ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	$r = .125$	.021	ต่ำ
ความวิตกกังวลทางเพศ	$r = -.495$	.030	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ	$r = .212$	.018	ต่ำ
ภาวะซึมเศร้าทางเพศ	$r = -.407$	.040	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	$r = .633$	.020	สูง

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศ พบว่า

เพศ และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{pb} = .109$  และ  $-.133$ ) โดยพบว่าการเป็นเพศชายมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ และความรุนแรงของโรคมักมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .125, .212,$  และ  $.633$  ตามลำดับ)

ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.495,$  และ  $-.407$ )

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI และปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI
2. เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม

#### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI
2. ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI
3. ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายและหญิงอายุ 18 - 59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ามาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติการคัดเลือก จำนวน 124 คน เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2561 - 15 มีนาคม พ.ศ. 2562

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ 3) แบบประเมินความรุนแรงของโรค 4) แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ 5) แบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ 6) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ 7) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ 8) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ในชุดที่ 2 - 8 เท่ากับ .93, 1.00,

.98, .97, .91, 1.00, .98 ตามลำดับ และผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วมาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถาม ชุดที่ 2, 5, 6, 7, 8 เท่ากับ .82, .91, .91, .85, และ .81 ตามลำดับ ส่วนชุดที่ 4 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตร Kuder - Richardson (KR - 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .77

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยแยกวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การทำหน้าที่ทางเพศ เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยการนำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ และความรุนแรงของโรค กับการทำหน้าที่ทางเพศ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

### สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.6 มีอายุเฉลี่ย 54.8 ปี ( $\bar{X}$  = 54.8, SD = 5.66 Max = 60 , Min = 30) ค่า BMI ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ น้ำหนักเกิน 23.0 - 24.99 กก./ม.<sup>2</sup> คิดเป็นร้อยละ 56.5 ( $\bar{X}$  = 24.34 SD = 7.27, Max = 36.2 , Min = 18.56) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 52.4 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 37.9 มีระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจนานระหว่าง 3 เดือน - 6 เดือน ร้อยละ 40.3 การรักษาร่วมกับการทำ PCI คือ การรับประทานยาทุกคน กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 98.3 ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการทำ PCI ระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน ร้อยละ 30.6 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์จากบุคลากรทางการแพทย์ เพียงร้อยละ 12.7 โดยในจำนวนนี้ พบว่า เคยได้รับคำแนะนำจาก อินเทอร์เน็ต / สื่อสังคมออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 24.1 มีความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หลังการทำ PCI ร้อยละ 83.87 ส่วนใหญ่ต้องการปรึกษาเรื่องสัญญาณอันตรายระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 89.51 กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 86.2 ยาในกลุ่มยาด้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) และลดไขมัน (Lipid lowering

agents/Statin) เป็นกลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการทำ PCI เป็นครั้งที่ 1 ร้อยละ 49.2 ตำแหน่งเส้นเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ คือ LAD ร้อยละ 56.4 จำนวนเส้นเลือดหัวใจที่ตีบ จำนวน 1 เส้น มากที่สุด ร้อยละ 35.4 LVEF  $\geq$  40% ร้อยละ 81.4

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การทำหน้าที่ทางเพศ ( $\bar{X}$  = 47.61, SD = 4.83) ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ( $\bar{X}$  = 14.99, SD = 2.82) ความวิตกกังวลทางเพศ ( $\bar{X}$  = 21.13, SD = 7.17) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ( $\bar{X}$  = 24.37, SD = 5.46) ภาวะซึมเศร้าทางเพศ ( $\bar{X}$  = 19.62, SD = 3.61) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ( $\bar{X}$  = 38.44, SD = 6.59) อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศ พบว่า

3.1 เพศชาย และความรุนแรงของโรคมัก มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r_{pb}$  = .109 และ -.133)

3.2 ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r$  = .125, .212, และ .633 ตามลำดับ)

3.3 ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r$  = - .495, และ - .407)

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัย และประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

### 1. การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 45.2, SD = 4.38)

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ยังคงมีกิจกรรมทางเพศได้ โดยกลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการทำ PCI มากที่สุดช่วงระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน ร้อยละ 30.6 รองลงมา คือ ช่วงระหว่าง 2 - 4 สัปดาห์ ร้อยละ 24.2 สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติของ American College of Cardiology/American Heart Association: ACC/AHA ปี 2012 ให้แนวทางไว้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้หลังจากทำ PCI ไปแล้ว 2 - 4 สัปดาห์ แต่ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าปลอดภัย (Levine et al., 2012: 1062) โดยประเมินสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตรวจสอบความพร้อมของร่างกาย โดยสอบถามถึงกิจวัตรประจำวัน que ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ (Puksta, 1977) หรือทำการ

ทดสอบด้วยวิธีการเดินบนสายพาน หากผลปกติ ถือว่าร่างกายนั้นสมบูรณ์ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติได้รวมทั้งการมีกิจกรรมทางเพศ (Armstrong, 2012) ปัจจุบันเทคนิคการใส่สายสวนหัวใจเข้าไปในร่างกายเน้นการเปิดปากแผลเข้าหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณข้อมือ เน้นแผลเล็ก เจ็บน้อย เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการฟื้นตัวได้เร็ว กลับมาสู่ภาวะปกติได้ในเวลาไม่นาน (อโนมา ศรีแสง, 2560)

จากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระหว่าง 3 เดือน – 6 เดือน มากที่สุด ร้อยละ 40.3 รองลงมา คือ ระหว่าง 1 เดือน – 3 เดือน ร้อยละ 28.2 ในรายที่เพิ่งทราบว่า เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจจะมีความวิตกกังวลไม่มั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง ทำให้การทำหน้าที่ทางเพศลดลง แต่เมื่อได้รับการรักษาพยาบาลและอาการของโรคดีขึ้นผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในการมีกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงกิจกรรมทางเพศ และเมื่อพิจารณา อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง คือ 54.8 ปี อธิบายได้ว่า โดยธรรมชาติสำหรับวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 46-60 ปี) ระยะเวลาชีวิตส่วนใหญ่ทั้งชายและหญิงจะเกี่ยวข้องกับงาน การเลี้ยงลูก และการเข้าสังคมทำให้มีการทำหน้าที่ทางเพศลดลง การตอบสนองทางเพศของเพศชายขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของร่างกาย เมื่อถึงวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อม อีกทั้งยังอาจมีโรคภัยไข้เจ็บ การตื่นตัวทางเพศจึงมักลดลงทำให้องคชาติแข็งตัวได้ยาก ไม่แข็งตัว หรือแข็งได้ไม่นานพอจะร่วมเพศได้สำเร็จ จึงต้องอาศัยการกระตุ้นมากขึ้น นอกจากนี้เพศชายยังมีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนลดลงไปอย่างช้าๆ จึงอาจไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงมากนัก อย่างไรก็ตามระดับฮอร์โมนเพศชายที่ลดลงก็อาจทำให้ผู้ชายเกิดปัญหาทางเพศได้ เช่น ความต้องการทางเพศลดลง ใช้เวลานานจึงจะบรรลุความสุขสุดยอด เป็นต้น (สุวิทนา อารีพรพร, 2550)

ส่วนเพศหญิงการตอบสนองทางเพศจะลดลง จากฮอร์โมนเพศเอสโตรเจนที่ลดลงอย่างมาก และรวดเร็วทำให้ช่องคลอดแห้ง ขาดความยืดหยุ่น และหดเล็กลงจึงมักเกิดความเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ จึงอาจส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางเพศลดลง นอกจากนี้ชายและหญิงในวัยนี้มักมีปัญหาสุขภาพหรือมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือสูบบุหรี่จัดมานาน และติดสุรา จึงอาจเกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดส่งผลให้หลอดเลือดทั่วร่างกายมีความยืดหยุ่นลดลง การไหลเวียนเลือดลดลง รวมทั้งเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศนั้นลดลงเช่นกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการแข็งตัวขององคชาติในเพศชาย ความต้องการทางเพศลดลง และการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศในเพศหญิง (Vacant & Caramel, 2005) จากพัฒนาการทางเพศของวัยผู้ใหญ่ดังกล่าว ร่วมกับการที่ร่างกายมีปัญหาโรคภัยไข้เจ็บและพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ก็ยังส่งผลให้การตื่นตัวทางเพศลดลงเกิดภาวะเสื่อมสมรรถนะทางเพศจากพยาธิสภาพของโรค (Cheitlin, 2003) เกิดความวิตกกังวลมีภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางเพศลดลง (Steinke et al., 2008, Vacant & Caramel, 2005) จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลางได้

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคเรื้อรัง แต่ความต้องการทางเพศยังคงมีอยู่ (พันธ์ศักดิ์ ศุภระฤกษ์, 2548; เพ็ญพิไล ฤทธาณานนท์, 2549) จากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีการทำหน้าที่ทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปฏิเสธไม่ได้ว่าการทำหน้าที่ทางเพศอย่างที่ดีนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ตอบสนองความพึงพอใจทางร่างกายและจิตใจเป็นหนทางที่ทำให้บุคคลค้นพบตัวเองสะท้อนพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัว การมีพฤติกรรมทางเพศจึง

เป็นความสุขของบุคคล เป็นความสำเร็จของชีวิตครอบครัว ขึ้นอยู่กับความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการปรับตัวทางเพศ การมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ทำให้เกิดความสุขและความสำเร็จในชีวิตบุคคลจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวทางเพศ และแสดงบทบาททางเพศอย่างเหมาะสม (ธนิดา เขียวดำรงสุข, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ นาริลักษณ์ ถิ่นพ่ายพ (2556) พบว่า มีการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และการศึกษาของ ชัญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีพฤติกรรมทางเพศอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Xu et al. (2015) ที่ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านเพศ ดีขึ้นหลังได้รับคำแนะนำเรื่องเพศในผู้ป่วยหลังผ่าตัด CABG

**2. ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI**

**2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI**

ผลการศึกษา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 โดยพบว่าเพศชายมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ

**อธิบายได้ว่า** เพศเป็นสิ่งที่ใช้จำแนกความแตกต่างของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างร่างกาย อารมณ์ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม (Becker et al., 1988) การทำหน้าที่ทางเพศของชายและหญิงมีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากมีปัญหาในการทำหน้าที่ทางเพศที่แตกต่างกัน ในเพศชายมักมีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศไม่สามารถถึงจุดสุดยอดและการไม่ถึงจุดสุดยอดทำให้ลดความต้องการทางเพศลงได้ (Mourad et al., 2017) แต่ในเพศชายยังคงมีการทำหน้าที่ทางเพศทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศชายมีฮอร์โมนเพศ คือ เทสโทสเตอโรนที่ลดลงไปอย่างช้าๆ จึงอาจไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ในเพศหญิงมีการทำหน้าที่ทางเพศลดลงอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเพศ คือ เอสโตรเจน โดยมีการลดลงอย่างมากและรวดเร็วทำให้ช่องคลอดแห้งขาดน้ำหล่อลื่น ขาดความยืดหยุ่น และหดเล็กลงจึงมักเกิดความเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของคู่สมรส ขาดการเล้าโลม ขาดความสนใจความต้องการทางเพศ และไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (Oskey et al., 2015) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงบางรายเกิดอาการเบื่อที่จะมีเพศสัมพันธ์จึงอาจส่งผลให้มีการทำหน้าที่ทางเพศลดลง

ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าว การเป็นเพศชายจึงมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Drory et al. (2000) พบว่า เพศหญิงก่อนและหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงมากกว่าเพศชาย แต่หลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงไม่แตกต่างกัน แสดงว่าเพศหญิงก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงอยู่แล้วหลังจากเป็นโรคจึงทำให้มีพฤติกรรมทางเพศลดลงมากขึ้น แต่ในเพศชายหลังรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีกิจกรรมทางเพศลดลง



Drory et al. (2002) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศระหว่างเพศหญิงและชายก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 ปี โดยเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรค พบว่า เพศหญิงก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงแตกต่างกับบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เพศชายก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยังคงมีพฤติกรรมทางเพศปกติไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด เมื่อศึกษาสาเหตุที่ทำให้เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมทางเพศลดลงนั้น พบว่า มีความแตกต่างกัน ในเพศหญิงมีพฤติกรรมทางเพศลดลงเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเพศเมื่ออายุมากขึ้นโดยธรรมชาติ และจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของคู่สมรส ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Xu et al. (2015) ที่ พบว่า เพศ ไม่มีผลต่อการกลับมามีกิจกรรมทางเพศภายหลังการได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการได้รับคำปรึกษา ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังการทำ PCI ในภาวะฉุกเฉิน

## 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของโรค กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

**ผลการศึกษา พบว่า** ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

**อธิบายได้ว่า** ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศลดลง ทั้งนี้เนื่องจาก ความรุนแรงของโรคมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยถึงภาวะที่เป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อระดับความรุนแรงของโรคมักขึ้นจะทำให้ไม่สุขสบายและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ มากขึ้น (Orem, 1991) ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วยและมีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 และ 2 เท่านั้น (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) โดยอยู่ในระดับที่ 1 ร้อยละ 52.5 และระดับที่ 2 ร้อยละ 47.5 สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากเนื่องจากไม่มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะที่ออกแรงหรืออาจมีอาการเพียงเล็กน้อยเมื่อพักอาการจะดีขึ้นสามารถทำกิจกรรมต่อได้ ในจำนวนนี้พบจำนวนเส้นเลือดหัวใจที่ตีบ จำนวน 1 เส้น มากที่สุด ร้อยละ 35.4 ซึ่งหากได้รับการทำ PCI แล้วถือว่าเป็นการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้อย่างสมบูรณ์ มีระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจนานระหว่าง 3 เดือน – 6 เดือน ร้อยละ 40.3 ซึ่งเป็นระยะฟื้นตัวของโรค รวมทั้งเป็นระยะที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเกี่ยวกับโรคได้ สามารถทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งกิจกรรมทางเพศเนื่องจากไม่มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะที่ออกแรงหรืออาจมีอาการเพียงเล็กน้อยเมื่อพักอาการจะดีขึ้นสามารถทำกิจกรรมต่อได้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 98.3 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามในทางกลับกันการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ยังมีกลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บหน้าอกระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.7 และเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังการทำ PCI เพียง 1 – 2 สัปดาห์ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 ซึ่งอาจยังไม่ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าปลอดภัย อาจทำให้มีการดำเนินของโรคและความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักส่งผลให้การมีการทำหน้าที่ทางเพศลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของชัยญา อุทศสิริพานิชและนรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ

(2554) พบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = -.368, p < .05$  และ Lai et al. (2011) ศึกษา พบว่า ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่สูง มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการมีคุณภาพชีวิตด้านเพศหลัง CABG ( $r = -.288, p < .05$ )

### 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

**ผลการศึกษา** พบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ทางบวก กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

**อธิบายได้ว่า** ความรู้ เป็นการรู้ จำ เข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับอาการที่เป็นอันตราย เป็นปัจจัยที่มีผลกับการปฏิบัติตัวตามแนวคิดของ Steinke (1999) ทำให้เกิดความบกพร่องของกิจกรรมทางเพศกับผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการทำ PCI มีการหลีกเลี่ยงหรือหยุดกิจกรรมทางเพศหลังการเจ็บป่วยเนื่องจากกลัวอันตรายถึงชีวิตเนื่องจากการขาดความรู้ที่แท้จริง โดยการมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ภายหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ทราบถึงวิธีป้องกันอันตรายหรือการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะมีกิจกรรมทางเพศ แต่อย่างไรก็ตาม ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม หรือการทำการกิจกรรมต่างๆ ได้อาจต้องมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) แต่ถ้าหากขาดความรู้หรือไม่เข้าใจการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์อย่างถูกต้องอาจยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ หรือกลัวการมีกิจกรรมทางเพศ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการทำ PCI อีกทั้งผู้ป่วยก็ไม่กล้าซักถามเกี่ยวกับเรื่องเพศเพราะกลัวจะถูกมองว่าไม่ดี เป็นเรื่องส่วนตัว น่าอาย ไม่ควรพูดคุยอย่างเปิดเผย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของสังคมไทย (ธนิดา เรียรธำรงสุข, 2543)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 52.4 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับเรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตัว อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 87.3 และได้รับคำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่จากอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 24.1 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการศึกษาค้นคว้า หาข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ได้ด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมประเพณีของไทยที่ถือว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ควรเปิดเผย การสืบค้นข้อมูลความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์จากอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ทำให้ได้รับความเป็นส่วนตัวมากกว่าการสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงไม่กล้าซักถามเรื่องเพศสัมพันธ์กับแพทย์ พยาบาล เพราะกลัวถูกมองในแง่ไม่ดี (นาริลักษณ์ ถิ่นพ่ายพ, 2556; ชัชวาล วงศ์สารี, 2559) แต่ก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการรักษาด้วยการทำ PCI อย่างลึกซึ้ง หรือเหมาะสมกับสภาวะโรคของตนเองได้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการที่เป็นอันตรายเป็นปัจจัยที่มีผลกับการ

ปฏิบัติตัว ทำให้เกิดความบกพร่องของกิจกรรมทางเพศกับผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการทำ PCI มีการหลีกเลี่ยงหรือหยุดกิจกรรมทางเพศหลังการเจ็บป่วยเนื่องจากกลัวอันตรายถึงชีวิตจากการขาดความรู้ที่แท้จริง

สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร ดองโพธิ์และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2557) พบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายนกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 66.8 ( $R^2 = .668$ ,  $p < .01$ ) Steinke and Swan (2004) พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยการให้ผู้ป่วยและคู่ครองดูวิดีโออย่างเป็นทางการที่บ้านทำให้ ผู้ป่วยและคู่ครองมีความรู้ มีความสามารถ และความพึงพอใจในการมีกิจกรรมทางเพศมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Xu et al. (2015) ที่ พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการทำ PCI ในภาวะฉุกเฉิน ที่ได้รับคำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์ก่อนกลับบ้านมีความถี่และความพึงพอใจทางเพศมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ การศึกษาของ Lai et al. (2011) พบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ CABG ( $r = .319$ ,  $p < .01$ ) แต่แตกต่างกับการศึกษาของนาริลักษณ์ ถิ่นพายัพ (2556) ที่ พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการปฏิบัติทางเพศของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ทั้งพยาธิสภาพของโรคลิ้นหัวใจการอาการและอาการแสดงของโรค การฟื้นฟูภายหลังการผ่าตัดมีความแตกต่างกัน ก็เป็นไปได้

#### 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลทางเพศ กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

**ผลการศึกษา พบว่า** ความวิตกกังวลทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

**อธิบายได้ว่า** ความวิตกกังวลทางเพศเป็นความตึงเครียด และความวิตกกังวลในมุมมองด้านเพศสัมพันธ์ในชีวิตของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ จะเป็นความรู้สึกกลัวว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ (Steinke et al., 2008) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI โรคจะเกิดความวิตกกังวลกับโรค ทำให้รู้สึกกังวลใจ กลุ้มใจ ยุ่งยากใจ กระวนกระวายใจ มีความกดดันและหวาดกลัวเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของตนเองกับคู่ครอง มีการคาดการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุกคามความมั่นคง ความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจของตน พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศ เนื่องจากคิดว่าการมีกิจกรรมทางเพศเป็นกิจกรรมที่ต้องออกแรง อาจทำให้อาการกำเริบเฉียบพลัน เหนื่อย เจ็บหน้าอก และเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์ทั้งที่ยังมีความต้องการทางเพศตามธรรมชาติอยู่ก็ตาม (Mosack and Steinke, 2009) มีความวิตกกังวลในการมีกิจกรรมทางเพศเพราะกลัวอาการต่างๆ จะรุนแรงขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านการมีกิจกรรมทางเพศ การไม่กล้าสอบถามข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล และพบว่า ผู้ป่วยไม่กล้าพูดคุยกับคู่ครองเกี่ยวกับปัญหาเรื่องเพศภายหลังจากเป็นโรค ยิ่งทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น มีกิจกรรมทางเพศลดลง (Westlake et al., 1999; Schwarz, et al., 2008)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังมีความวิตกกังวลกลัวเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ (Steinke et al., 2009) แม้จะได้รับการรักษาแล้ว หรือบางรายอาจมีตำแหน่งของ การตีบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 1 เส้น ต้องเข้ามารับการรักษาต่อเนื่องเพื่อแก้ไขหลอดเลือดหัวใจ โดยการทำให้ PCI เป็นครั้งแรก ร้อยละ 49.2 นอกจากนี้ยัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 86.2 รองลงมา คือ โรคเบาหวานเบาหวาน ร้อยละ 62.1 จำนวนและชนิดของยาที่ได้รับ ทำให้ยังต้องมีการรักษาติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษา ของ Bunker et al. (2003) ที่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ ประกอบกับผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านการมีกิจกรรมทางเพศจากบุคลากรทางการแพทย์จำนวนร้อยละ 87.3 การไม่กล้าสอบถามข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล และ พบว่า ผู้ป่วยไม่กล้าพูดคุยกับคู่ครองเกี่ยวกับปัญหาเรื่องเพศหลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยิ่งทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น มีกิจกรรมทางเพศลดลง (Westlake et al., 1999; Schwarz, et al., 2008) สอดคล้องกับ การศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษ์ณ เอื้อกิจ (2553) พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ( $r = -.388, p < .05$ ) ชัญญา อุทิศสิริพานิชและ นรลักษ์ณ เอื้อกิจ (2554) พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = -.577, p < .05$ ) กับปัญหา พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r = .78$ )

## 2.5 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

**ผลการศึกษา** พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

**อธิบายได้ว่า** การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเอง ในการที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ตามต้องการของบุคคล (Steinke et al., 2008) การรับรู้ สมรรถนะแห่งตนสูงย่อมมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้สำเร็จ และจะคงไว้ถ้า กิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์หรือมีผลดีกับตนเอง (Schwarz et al., 2005) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายหลังการทำ PCI อาจมีอาการเจ็บหน้าอก อาการจะเป็นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรง ของโรค ผู้ป่วยไม่กล้ามีกิจกรรมทางเพศ ขาดความมั่นใจในสมรรถภาพทางเพศของตนและกลัวอาการ รุนแรงขึ้นส่งผลให้ขาดความสนใจทางเพศ และความถี่ในการมีกิจกรรมทางเพศลดลงหรือหยุดการมี กิจกรรมทางเพศ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ของกลุ่ม ตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI มีความ มั่นใจในการทำหน้าที่ทางเพศของตน จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการเจ็บ หน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 98.3 ทำให้มีความมั่นใจในตนเอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมี เพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังการทำ PCI มากกว่า 1 เดือน - 3 เดือน สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติของ

American College of Cardiology/American Heart Association: ACC/AHC ปี 2012 ให้แนวทางไว้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ภายในไม่กี่วันหลังการทำ PCI แต่ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าปลอดภัย หลังจากทำ PCI ไปแล้ว 2 – 4 สัปดาห์ (Levine et al., 2012) โดยจะประเมินสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตรวจสอบความพร้อมของร่างกาย โดยสอบถามถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสามารถกระทำได้ (Puksta, 1977) หรือทำการทดสอบโดยการเดินบนสายพาน หากผลปกติ ถือว่าร่างกายนั้นสมบูรณ์ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติได้รวมทั้งการมีกิจกรรมทางเพศ (Armstrong, 2012) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์จาก อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ การรับข้อมูลข่าวสารที่ง่ายและเข้าถึงข้อมูลอย่างเป็นส่วนตัว ทำให้มีความมั่นใจในการทำหน้าที่ทางเพศมากขึ้น อย่างไรก็ตามในทางกลับกันการรับข้อมูลข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ยังมีข้อจำกัดความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องครบถ้วน เหมาะสมกับบริบทของตนเองที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI แล้วมีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนทางเพศ จึงยังทำคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลางไม่ได้อยู่ในระดับสูง

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Steinke et al. (2008) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์มีความความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในประเทศไทยมีการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และชญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

## 2.6 ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้าทางเพศ กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI มหาวิทยาลัย

**ผลการศึกษา** พบว่า ภาวะซึมเศร้าทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

**อธิบายได้ว่า** ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ขาดสมาธิ ขาดแรงจูงใจ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รวมทั้งขาดความสนใจทางเพศด้วย (Beck, 1967) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ได้แก่ Serotonin และ Norepinephrine ที่มีความสัมพันธ์กับระบบประสาทส่วนกลางบริเวณ Limbic และ Cortex ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรม มีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Yammine et.al, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ (2554) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 90 คน พบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 50 ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ที่พบได้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะซึมเศร้า

ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางเพศเพศลดลง ขณะเดียวกันเมื่อการทำหน้าที่ทางเพศที่ลดลงก็ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้เช่นกัน (Schwarz et al., 2010)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ภาวะซึมเศร้าทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI สอดคล้องกับการศึกษาของ Steinke et al. (2008) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์เป็นตัวแปรที่สำคัญทางด้านจิตใจของผู้ป่วยโดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสนับสนุนว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศ นอกจากนี้ Eyada, & Atwa, (2007) พบว่า เหตุผลหนึ่งของการกลับมามีอาการทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจ คือภาวะซึมเศร้าทางเพศ ของผู้ป่วย หรือคู่ครอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mosack et al. (2011) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคที่มีภาวะหัวใจวาย ที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจะมีกิจกรรมทางเพศลดลง การศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ( $r = -0.512, p < .05$ ) ชัญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = -0.610, p < .05$ )

## 2.7 ความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

**ผลการศึกษา พบว่า** การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

**อธิบายได้ว่า** การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือของบุคคลและการรับรู้ของบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยที่บุคคลที่ให้การช่วยเหลือต้องมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ ควรเป็นภรรยาหรือสามี ผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดการสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นรูปนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางด้านอารมณ์การสร้างความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก หรือในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น การรักษาและการนำส่งโรงพยาบาลเมื่ออาการของโรคกำเริบ (Kaplan et al., 1977)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อยู่ที่ถูกต้องเข้ามาศึกษาต้องมีสถานภาพ สมรส คู่และอยู่ด้วยกัน เป็นวัยผู้ใหญ่ ที่อยู่ในวัฒนธรรมของประเทศไทยที่มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่เป็นครอบครัว สมาชิกในครอบครัว จึงมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Polsook et al., 2016) เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนระหว่างสามีกับภรรยาเท่านั้น ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมจากคู่ครองของกลุ่มตัวอย่างซึ่งสามารถยอมรับ และเข้าใจความรู้สึกความกังวลของผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางเพศ อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Drory et al. (1998) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจ ( $r =$

.17 และ .12,  $p < .05$ ) นอกจากนี้การศึกษาของวินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ( $r = .433$ ,  $p < .05$ ) และชญญา อุทิศสิริพานิชและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ( $r = .394$ ,  $p < .05$ )

ดังนั้นจากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการทำ PCI มีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าเพศชาย และความรุนแรงของโรครุนแรง มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ความวิตกกังวลทางเพศและภาวะซึมเศร้าทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ซึ่งสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ห้องตรวจโรคอายุรกรรม คลินิกโรคหัวใจ และพยาบาลผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI มีการทำหน้าที่ทางเพศให้ดีขึ้น ด้วยการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส โดยจำเป็นต้องลดความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ป่วยเพศชายที่มีความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ในระดับมาก

2. พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ห้องตรวจโรคอายุรกรรม คลินิกโรคหัวใจ และพยาบาลผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ควรนำปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ มาพัฒนาโปรแกรมลดความวิตกกังวลทางเพศและภาวะซึมเศร้าทางเพศ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ทางเพศ โดยแยกระหว่างเพศชายและเพศหญิง
2. ควรศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศในมุมมองของคู่สมรส ของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI
3. ควรศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจ หลังการทำหัตถการชนิดอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมด้วยเทคนิคการใช้สายสวนแบบไม่ต้องผ่าตัด (Transcatheter Aortic Valve Implantation:TAVI) การปิดรูรั่วหัวใจด้วยสายสวน (Cardiac catheterization) การใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ (Permanent pacemaker) การใส่เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติชนิดถาวร (Automated Implantable Cardioverter-Defibrillator: AICD) การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery)





## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). จำนวนผู้ป่วยตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. Retrieved 22 กันยายน, 2561, from <https://www.moph.go.th>
- เกรียงไกร เสงร์ศรี และวิรัช เคหะสุขเจริญ. (2555). *การขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. ใน เกรียงไกร เสงร์ศรี และกนกพร แจ่มสมบุญ (บรรณาธิการ), *มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน* (น.20 – 31). กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.
- จริยา ตันดิธรรม. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณ.
- จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์. (2543). *เพศศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โสภณการพิมพ์.
- ชุมพร ยงกิตติกุล. (2545). *จิตวิทยาเพื่อคุณ: บทความสารคดีทางวิทยุความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2559). โรคหทัยสมรรถภาพทาง เพศ: บทบาทพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(2), 133-139.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2559). ประสบการณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 9(2), 132-144.
- ชญญา อุทศสิริพานิช. (2553). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชญญา อุทศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย*. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 22(2), 31-43.
- ดิษฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2553). *เสพให้สุข*. นิตยสารโลกวันนี้วันสุข 5(256): 38.
- ธนวัฒน์ เบญจนาวัตร และ อภิชาติ สุคนธสรพร. (2543). Percutaneous transluminal coronaryangioplasty. ใน อภิชาติ สุคนธสรพร (บรรณาธิการ), *Coronary artery disease*. เชียงใหม่: โอเดอนดีดี กรุ๊ป.
- ธนิดา เขียวธำรงสุข. (2543) *ประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2555). *สถิติชวนใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: หังหุ่นส่วนจำกัด ไอคอนพรีนติ้ง.
- นฤพนธ์ ดั่งวิเศษ. (2558) *ทบทวนวิธีการสร้างความรู้/ความจริงเรื่องเพศ*. Retrieved 10 เมษายน, 2561, from <http://www.sac.or.th/databases/anthropology-concepts/articles/2>.
- นฤพนธ์ ดั่งวิเศษ. (2558) *Sexual behavior*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.sac.or.th/databases/anthropology-concepts/glossary/133>. [4 เมษายน, 2561]

- นารีลักษณ์ ถิ่นพ่ายพ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตญา ฤทธิเพชร. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. นครปฐม: ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์มีเดียร์
- ปรววรรณ วิทย์วานกุล. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาพร ดองโพธิ์. (2554). ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาพร ดองโพธิ์และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2557). ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 304-312.
- ปราณีศา เสาวคนธ์, วิศาล คันธรัตน์กุล และชัญญา จิตประไพ. (2545). ความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัด. เวชศาสตร์พื้นฟูสาร 10(2):73-79.
- ปราณี ทัพไพเราะ และคณะ. (2555). การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: หจก. เอ็นพีเพรส.
- ผจงจิต อัครวิกุล. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรคและความรู้เรื่ององค์ประกอบพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พิชญภา พิษะยะ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิศสมัย อรทัย และศรีสมร ภูมณสกุล. (2556). การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power. (น.12). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี 39.
- พัชนีภรณ์ อึ้งรัตนชัย. (2550). ศึกษาผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต.

- มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์. (2543). *คลินิกรัก*. กรุงเทพมหานคร: เอช เอ็น. กรุ๊ป.
- พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์. (2546). *เรียนรู้เรื่องเพศ*. หมอชาวบ้าน 25: 16, 29, 32.
- พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์. (2548). *ถามตอบปัญหาสุขภาพ*. หมอชาวบ้าน 26: 309.
- พิชญาภา พิชะยะ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพิไล ฤทธาคณานนท์. (2549). *พัฒนาการมนุษย์*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:ธรรมดาเพรส.
- ยุวเรศ ไสสีสุข. (2543). *การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลอุดรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา. (2552). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ*. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ฮาซัน พรินติ้ง.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินิตย์ หลงละเลิง. (2546). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อเจตคติความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินิตย์ หลงละเลิง. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). *ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: การส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(2), 95-108.
- วินิตย์ หลงละเลิงและนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2556). *อัมโนทัศน์ทางเพศ: ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 25(1), 1-13.
- วุฒิชัย บุญยณฤธี และมณี ภิญญพรพาณิชย์. (2542). *ความผิดปกติทางเพศ*. เชียงใหม่ : แสงศิลป์.
- วันชัย นัยรักษ์เสรี. (2546). *การสนองตอบทางเพศในชายสูงวัย*. ใน สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ (บรรณาธิการ), *ตำราสุขภาพเพศชาย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2551) *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริอร สินธุ. (2526). *ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภชัย ถนอมทรัพย์. (2546). *โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตีบเฉียบพลัน; การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาล

ราชวิถี โรงพยาบาลพญาไท 2.

สมชาย เอื้อรัตนวงศ์ และคณะ. (2550). *ตำราอายุรศาสตร์การดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจตา.

สมพร งามวิสัย. *ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน , 2553.

สมภพ เรื่องตระกูล. 2546. *ความคิดปกติทางเพศ. หนังสือชุดเรียนรู้เพื่อชีวิต เพื่อครอบครัวและสังคม ชุดที่ 4*. มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2551). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข ทัศนคติการรักษารักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน*. Retrieved 11 เมษายน 2561, from <http://www.nhso.go.th/FrontEnd>.

สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชาติ โสมประยูร, & วรณิ โสมประยูร. (2541). *เพศศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

สุทธิณี วัฒนกุล. (2547). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพจน์ ศรีมหาโชตะ และสมนพร บุญยะรัตเวชสองเมือง.(2552). *โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. ใน ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: ฮาซันพรีนติ้ง.

สุพรชัย กองพัฒนากุล. (2542). *เทคนิคการดูแลรักษาโรคหัวใจขาดเลือด การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค*. หนังสือชุดการดูแลรักษา กลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและชีวิต. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย,

สุรางค์รัตน์ คงศรี. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารทางเพศ และการเห็นคุณค่าในตนเองต่อความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงที่สมรสแล้วในผู้ใหญ่ตอนต้น*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวัจชัย พรรัตน์รังสี. (2550). *Acute severe MI*. ใน เอกกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ), *Critical Care in Everyday Practice*. กรุงเทพมหานคร: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.122

สุวัฒนา อารีพรรค.(2550). *เรียนรู้เรื่องเพศกับคุณหมอ ภาค 1*. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริ การพิมพ์  
เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการ ถ่างขยายหลอดเลือด*. รายงานวิจัยหน่วยงานพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *จำนวนการตายด้วยสาเหตุสำคัญต่อประชากร 100,000 คน*. [ออนไลน์]. 2560. Retrieved 29 มิถุนายน 2562, from <http://www.bps.ops.moph.go.th>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560) *สปสช.ออกเกณฑ์ประเมิน รพ.รับส่งต่อหัตถการสายสวนหัวใจ พัฒนาคุณภาพดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ*. Retrieved 20 ธันวาคม 2561, from <http://www.nhso.go.th/>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *สถิติผู้ป่วย (2561)* Retrieved 29 มิถุนายน 2562, from <http://www.thaincd.com/>
- อภิชาติ สุคนธสรณ์ และ ศรัณย์ ควรประเสริฐ. (2547). New guideline in coronary artery disease. เชียงใหม่: ไอบีเอ็มเอแอนด์เอชเอ็ดเวอร์ตีฟไชนิง.
- อภิชาติ สุคนธสรณ์. (2550). *Essential Cardiology Review*. เชียงใหม่: ทริคอิงค์.
- อภิชาติ สุคนธสรณ์. (2553). Coronary artery disease: The new frontiers. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ทริคอิงค์.
- อภิชาติ สุคนธสรณ์. (2555). *ESC guideline for the management of acute coronary syndrome in patients presenting without persistent ST-segment elevation*. ในอภิชาติ สุคนธสรณ์ และศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), *Cardiovascular medicine: The new balance* (น. 95-122). เชียงใหม่: ทริคอิงค์.
- อภิชาติ สุคนธสรณ์และศรัณย์ ควรประเสริฐ. (2555). Cardiovascular medicine: the new balance. เชียงใหม่ทริคอิงค์.
- อนินมา ศรีแสง. (2560). การใส่สายสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ (Transradial Catheterization). *เวชบันทึก ศิริราช*, 10(2), 90-96.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2557). *เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุษาวดี อัศดรวิเศษ. (2558). เครื่องมือวัดการทำหน้าที่ทางเพศ. *Journal of Nursing Science (วารสาร พยาบาลศาสตร์)*, 33(1), 8-13.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เอนก อารีพรรค และ สุวิทนา อารีพรรค. (2539). *เรียนรู้เรื่องเพศ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

- Akdolun, N., and Terakye, G. (2001). Sexual problems before and after myocardial infarction: Patients' needs for information. *Rehabilitation Nursing* 26(4): 152-158.
- Ammann, et al. (2000). Characteristics and prognosis of myocardial infarction in

- patients with normal coronary arteries. *Chest*, 117(2): 333-338.
- Armstrong, C. (2012). AHA Releases Statement on Sexual Activity and Cardiovascular Disease. *American family physician*, 86(11), 1074.
- Asgar Pour, H., Heidari, M. R., Norouzzadeh, R., Rahimi, F., Kazemnejad, A., & Fallahi, F. (2018). Psychometric Evaluation of the Sex After Myocardial Infarction Knowledge Test in Iranian Context. *Perspectives in psychiatric care*, 54 (2), 126-133.
- Beeber, L. S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse client relationship. *Nursing Clinics of North America* 33(1): 153-172.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspect*. New York: International University Press
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monograph*, 2: Entire issue.
- Becker, M.H., Rosenstock, I.M., & Strecher, V.J. (1988). Socail learning theory and The Health Belief Model. *Health Education Quarterly*.15(2): 175-183.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bennett, P., Owen, R. L., Koutsakis, S., & Bisson, J. (2002). Personality, social context and cognitive predictors of post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients. *Psychology and Health*, 17(4), 489-500.
- Cheitlin, M. D. (2003). Sexual activity and cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology*, 92(9), 3-8.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 38 (5): 300-314.
- Cutlip, D. E., Baim, D. S., Ho, K. K., Popma, J. J., Lansky, A. J., Cohen, D. J., . . . Kuntz, R.E. (2001). Stent thrombosis in the modern era: a pooled analysis of multicenter coronary stent clinical trials. *Circulation*, 103(15), 1967-1971.
- DeBusk, R. F. (2005). Erectile dysfunction therapy in special population and applications: coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 96(suppl): 62M-66M.
- Dhabuwala, C. B., Kumar, A., & Pierce, J. M. (1986). Myocardial infarction and its influence on male sexual function. *Archives of Sexual Behavior* 15(6): 499-504.
- Dillman, D.A. (2000). *Maitland internet surveys: The tailored design*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons.
- Drory, Y., Kravetz, S., Florian, V., & Weingarten, M. (1998). Sexual activity after first acute myocardial infarction in middle-aged men: demographic, psychological and

- medical predictors. *Cardiology*, 90(3), 207-211.
- Drory, Y., Kravetz, S., & Hirschberger, G. (2002). Sexual activity of women and men one year before first acute myocardial infarction. *Cardiology*, 97: 127-132.
- Drory Y., Kravetz S., Weingarten, M. (2000). Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 85:1283–1287.
- Douglas, P. S., Garcia, M. J., Haines, D. E., Lai, W. W., Manning, W. J., Patel, A. R., ... & Weiner, R. B. (2011). ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 appropriate use criteria for echocardiography: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society .... *Journal of the American College of Cardiology*, 57(9), 1126-1166.
- Ebersole, P., & Hess, P. (1998). *Toward Healthy Aging*. 5th ed. St. Louise: C. V. Mosby.
- Eagle, K. A., Guyton, R. A., Davidoff, R., Edwards, F. H., Ewy, G. A., Gardner, T. J., & Hutter, A. M. (2004). ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: summary article. *Circulation*, 110(9), 1168-1176.
- Eyada, M., & Atwa, M. (2007). Sexual Function in Female Patients with Unstable Angina or Non -ST-Elevation Myocardial Infarction. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1373-1380. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00473.x.
- Farooq, V., Gogas, B. D., & Serruys, P. W. (2011). Restenosis: delineating the numerous causes of drug-eluting stent restenosis. *Circ Cardiovasc Interv*, 4(2), 195-205. doi: 10.1161/CIRCINTERVENTIONS.110.959882.
- Finn, A.V., Nakazawa, G., & Joner, M. (2007). Vascular responses to drug eluting stents. Importance of delayed healing. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 27: 1500 - 1507.
- Foruzan-Nia, S. K., Abdollahi, M. H., Hekmatimoghaddam, S. H., Namayandeh, S. M., & Mortazavi, M. H. (2011). Incidence of sexual dysfunction in men after cardiac surgery in Afshar hospital, Yazd. *Journal of Computational and Theoretical Nanoscience*, 9(2), 89-94.
- Fugl - Meyer, K. S., & Fugl - Meyer, A. R. (2002). Sexual disabilities are not singularities. *International Journal of Impotence Research* 14: 487-493.
- Gibbons, R. J., Abrams, J., Chatterjee, K., Daley, J., Deedwania, P. C., Douglas, J. S., . . . Smith, S. C. (2003). ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of

- Patients With Chronic Stable Angina—Summary Article. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina), 107(1), 149-158. doi:10.1161/01.cir.0000047041.66447.29.
- Gołowski, C., Dłużniewski, M., Kostarska-Srokosz, E., Nowosielski, K., Syska-Suminska, J., Chmielewski, M., & Kowalczyk, R. (2017). Percutaneous transluminal coronary angioplasty for acute myocardial infarction: the impact on sexual function in men. *International journal of impotence research*, 29(4), 142.
- Heinemann, L. A., Potthoff, P., Heinemann, K., Pauls, A., Ahlers, C. J., & Saad, F. (2005). Scale for Quality of Sexual Function (QSF) as an outcome measure for both genders? *The journal of sexual medicine*, 2(1), 82-95.
- Jaarsma, T. (2000). Sexual problems in heart failure patients. *European Journal Cardiovascular Nursing* 1: 61-67.
- Kalka, D., Gebala, J., Borecki, M., Pilecki, W., & Rusiecki, L. Return to sexual activity after myocardial infarction (2016); An analysis of the level of knowledge in men undergoing cardiac rehabilitation. *European Journal of Internal Medicine*, 37, e31-e33. doi: 10.1016/j.ejim.2016.09.017.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., and Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical care* 15: 50-51.
- Kaya C, Yilmaz G, Nurkalem Z, Ilktac A, Karaman MI (2007) Sexual function in women with coronary artery disease: a preliminary study. *Int J Impot Res* 19:326–329.
- Kazemi-Saleh, D., Pishgou, B., Assari, S., & Tavallaii, S. A. (2007). Fear of sexual intercourse in patients with coronary artery disease: a pilot study of associated morbidity. *The journal of sexual medicine*, 4(6), 1619-1625.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., and Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Klein, R., Bar-on, E., Klein, J., & Benbenishty, R. (2007) The impact of sexual therapy on patients after cardiac events participating in a cardiac rehabilitation program. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, ( 5) 14, 678-672doi:/10.1097HJR.0b013e3282eea52d.
- Kolodny, R. C., Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1979). *Textbook of sexual medicine* (p. 170).
- Kriston, L., Günzler, C., Agyemang, A., Bengel, J., & Berner, M. M. (2010). Effect of sexual function on health-related quality of life mediated by depressive symptoms in cardiac rehabilitation. findings of the SPARK project in 493 patients. *The journal of sexual medicine*, 7(6), 2044-2055.



- Kuchulakanti, P. K., Chu, W. W., Torguson, R., Ohlmann, P., Rha, S. W., Clavijo, L. C., & Smith, K. (2006). Correlates and long-term outcomes of angiographically proven stent thrombosis with sirolimus-and paclitaxel-eluting stents. *Circulation, 113*(8), 1108-1113.
- Lai, Y-H., Hsieh, S-R., Ho, W-C., & Chiou, A-F. (2011). Factors associated with sexual quality of life in patients before and after coronary artery bypass grafting surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing: 1-10*.
- Levine, G. N., Steinke, E. E., Bakaeen, F. G., Bozkurt, B., Cheitlin, M. D., Conti, J. B., ... & Lindau, S. T. (2012). Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation, 125*(8), 1058- 1072.
- Levine, G. N., Bates, E. R., Blankenship, J. C., Bailey, S. R., Bittl, J. A., Cercek, B., . . . Zhao, D. X. (2015). 2015 ACC/AHA/SCAI Focused Update on Primary Percutaneous Coronary Intervention for Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction: An Update of the 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention and the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. *A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions*. doi:10.1161/cir.0000000000000336.
- Lincoff, A.M., et al. (1993). Intra- coronary stenting compared with conventional therapy for abrupt vessel closure complicating coronary angioplasty: a matched casecontrolstudy. *J Am Coll Cardiol 21: 866 - 875*.
- Lloyd-Jone, D.M., et al. (2010). Defining and setting national goals for cardiovascular healthpromotion and disease reduction: The American heart association strategic impactgoal through 2020 and beyond. *Circulation 121: 586-613*.
- Lukkarinen, H., & Lukkarinen, O. (2007). Sexual satisfaction among patients after coronary bypass surgery or percutaneous transluminal angioplasty: Eight-year follow-up. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 36*(4), 262-269.
- Lunelli, R. P., Rabello, E. R., Stein, R., Goldmeier, S., & Moraes, M. A. (2008). Sexual activity after myocardial infarction: taboo or lack of knowledge? *Arquivos brasileiros de cardiologia, 90*(3), 172-176.
- McCann, M. E. (1989). Sexual healing after attack. *American Journal of Nursing 89: 1133-1138*.
- Master W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little and Brown

- Masters, W. H., Johnson, V. E., Kolodny, R. C., & Bergen, M. B. (1995). *Human sexuality* (p. 217). New York: HarperCollins College Publishers.
- Maroto-Montero, J. M., et al. (2008). Erectile dysfunction in a cardiac rehabilitation program. *Revista Espanola de Cardiologia*, 61(9): 917-922.
- Michaels, A.D & Chatterjee, K. (2002). Angioplasty versus bypass surgery for coronary artery disease. *Circulation* 106 : 187-190.
- Monirpoor, N., Besharat, M. A., Khoosfi, H., & Karimi, Y. (2012). The role of illness perception in predicting post-CHD depression in patients under CABG and PCI. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 32, 74-78.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.01.013>.
- Montorsi, P., Ravagnani, P. M., Galli, S., Rotatori, F., Veglia, F., Briganti, A., . . . Montorsi, F. (2006). Association between erectile dysfunction and coronary artery disease. Role of coronary clinical presentation and extent of coronary vessels involvement: the COBRA trial. *European heart journal*, 27(22), 2632-2639.
- Mourad, F., El Ghanam, M., Mostafa, A. E., Sabry, W., & Bastawy, M. (2017). Sexual dysfunction before and after coronary artery bypass graft surgery in males. *Journal of the Egyptian Society of Cardio-Thoracic Surgery*, 25(1), 45-51.
- Morton, P. G., & Fontaine, D. K. (2013). *Essentials of critical care nursing : A holistic approach*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mosack, V., & Steinke, E. E. (2009). Trends in sexual concerns after myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(2), 162-170.
- Moller, J., Ahlbom, A., Hulting, J., Diderichsen, F., De Faire, U., Reuterwall, C., & Hallqvist, J. (2001). Sexual activity as a trigger of myocardial infarction. A case-crossover analysis in the Stockholm Heart Epidemiology Programme (SHEEP). *Heart*, 86(4), 387-390.
- Muller, J. E. (2000). Triggering of cardiac events by sexual activity: findings from a case-crossover analysis. *The American Journal of Cardiology*, 86(2, Supplement 1), 14-18. doi: [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(00\)00885-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(00)00885-7).
- Odell, A., Grip, L., & Hallberg, L. R.-M. (2006). Restenosis after Percutaneous Coronary Intervention (PCI): Experiences from the Patients' Perspective. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(2), 150-157.  
doi:10.1016/j.ejcnurse.2005.10.004.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (1995). *Nursing concepts of practice*.
- Oskay, U., Can, G., & Camcı, G. (2015). Effect of myocardial infarction on female sexual function in women. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 291(5), 1127-1133. doi: 10.1007/s00404-014-3537-5.

- Papadopoulos, C., Beaumont, C., Shelly, S. I., & Larrimore P (1983) Myocardial infarction and sexual activity of the female patient. *Arch Intern Med* 143:1528–1530.
- Papadopoulos, C., Larrimore, P., Cardin., & Shelly, S. I., (1980). Sexual concerns and needs of post coronary patient 's wife. *Archives of Internal Medicine* 140:38-41.
- Papadopoulos, C., Shelley, S. I., Piccolo, M., Beaumont, C., & Barnett, L. (1986). Sexual activity after coronary bypass surgery. *Chest*, 90(5), 681-685.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). Health promotion in nursing practice. 4th ed. USA : Pearson Education.
- Polsook, R., Aunguroch, Y., & Thanasilp, S. (2016). Medication adherence among persons with post-acute myocardial infarction. *Songklanakarin Journal of Science & Technology*, 38(6).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Puksta, N. S. (1977). All about sex after a coronary. *American Journal of Nursing*: 602-605.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.
- Roubin, G.S., Can, A.D., & Agrawal, S.K. (1992). Intra-coronary stenting for acute and threatened closure complicating percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Circulation* 85: 916 - 27.
- Scheer, S., Peterson, I., Page-Shafer, K., Delgado, V., Gleghorn, A., Ruiz, J., ... Team, Y. W. S. (2002). Sexual and drug use behavior among women who have sex with both women and men: results of a population-based survey. *American Journal of Public Health*, 92(7), 1110-1112.
- Schumann, J., Zellweger, M. J., Di Valentino, M., Piazzalonga, S., & Hoffmann, A. (2010). Sexual dysfunction before and after cardiac rehabilitation. *Rehabilitation research and practice*, 2010.
- Schwarz, E. R. (2005). Sexual dysfunction and its relation to heart disease. *International Journal of Impotence Research*, 17, S1.
- Schwarz, E.R., Rastogi, S., Kapur,V., Sulemanjee, N., & Rodriguez, J.J. (2006). Erectile dysfunction in heart failure patients. *JACC* 48(6), 11-19.
- Schwarz, E.R., Kapur, V., Bionat, S., Rastogi, S., Gupta, R., & Rosanio, S. (2008). The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men

- with chronic heart failure. *International Journal of Impotence Research* 20: 85-91.
- Serruys, P. W., Morice, M.-C., Kappetein, A. P., Colombo, A., Holmes, D. R., Mack, M. J., Bass, E. J. (2009). Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *New England Journal of Medicine*, 360(10), 961-972.
- Snell, W. E., Jr. (1998). The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ). Sexuality-related measure: A compendium. 2<sup>nd</sup> ed. *Thousand Oaks, CA: Sage*.
- Spielberger, C.D. (1976). *Cross-cultural anxiety*. New York: Hemisphere.
- Steinke, E. E., Jaarsma, T., Barnason, S. A., Byrne, M., Doherty, S., Dougherty, C. M., & Mosack, V. (2013). Sexual counseling for individuals with cardiovascular Disease and their partners. *Circulation*, 128(18), 2075-2096.
- Steinke, E. E., Mosack, V., & Hill, T. J. (2013). Sexual self-perception and adjustment of cardiac patients: a psychometric analysis. *Journal of Research in Nursing*, 18(3), 191-201.
- Steinke, E. E., Mosack, V., Hertzog, J., & Wright, D. W. (2013). A Social-Cognitive Sexual Counseling Intervention Post-MI-Development and Pilot Testing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(3), 162-170. doi: 10.1111/j.1744-6163.2012.00345.x.
- Steinke, E. E., Mosack, V., & Hill, T. J. (2015). Change in sexual activity after a cardiac event: the role of medications, comorbidity, and psychosocial factors. *Applied Nursing Research*, 28(3), 244-250.
- Steinke, E. E., & Swan, J. H. (2004). Effectiveness of a videotape for sexual counseling after myocardial infarction. *Research in nursing & health*, 27(4), 269-280.
- Steinke, E.E. (2010) Sexual dysfunction in women with cardiovascular disease: what do we know? *J Cardiovasc Nurs* 25:151–158.
- Steinke, E. E., and Wright, D. W. (2006). The role of sexual satisfaction, age, and cardiac risk factors in the reduction of post-MI anxiety. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5: 190-196.
- Steinke, E. E., Wright, D. W., Chung, M. L., & Moser, D. K. (2008). Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 37(5), 323-333. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.09.004>.
- Svedberg, P., Johansson, I., Persson, S., Roxberg, A, Fridlund, B., Baigi, A., & Nilsson, U. (2012). Psychometric evaluation of 'The 25-item Sex after MI Knowledge Test' in a Swedish context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 203-208.

doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00909.

- Tooth, L. R., McKenna, K. T., & Maas, F. (1999). Prediction of functional and psychological status after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 28(4), 276-283.
- Turton, J. (1998). Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 770-778.
- Tu, J.V., Bowen, J., & Chi, M. (2007). Effectiveness and safety of drug-eluting stents in Ontario. *N Engl J Med* 357:1393 - 1402.
- Vacanti, L., & Caramelli, B. (2004). Distress: associated variables of erectile dysfunction post-acute myocardial infarction. A pilot study. *International Journal of Impotence Research*, 17, 204. doi:10.1038/sj.ijir.3901274.
- Vacanti, L., & Caramelli, B. (2005) Age and psychologic disorders. Variables associated to post-infarction sexual dysfunction. *Arq Bras Cardiol* 85:110–114.
- Vallancien, G., Emberton, M., Harving, N., Joeroen, R., & Van Moorselaar, A. (2003). All-one study group. Sexual dysfunction in 1274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *Journal Urol* 169: 2257- 2261.
- Vassiliadou, A., Stamatopoulou, E., Triantafyllou, G., Gerodimou, E., Toulia, G., & Pistolas, D. (2008). The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction. *Health Science Journal*, 2(2), 111-118.
- Wenaweser, P., Dörffler-Melly, J., Imboden, K., Windecker, S., Togni, M., Meier, B., ... & Hess, O. M. (2005). Stent thrombosis is associated with an impaired response to antiplatelet therapy. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(11), 1748-1752.
- Westlake, C., Dracup, K., Walden, J.A., & Fonarow, G. (1999). Sexuality of patients with advanced heart failure and their spouses or partners. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* 18: 1133-1138.
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Fact Sheets on cardiovascular disease*. Retrieved 20 กรกฎาคม 2560, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.
- Xu, F., Ming, Q., & Hou, L. (2015). The effect of sex counselling in the sexual activity of acute myocardial infarction patients after primary percutaneous coronary intervention. *Acta cardiologica*, 70(4), 460-464.
- Yamine, L., Frazier, L., Padhye, N. S., Burg, M. M., & Meininger, J. C. (2014). Severe depressive symptoms are associated with elevated endothelin-1 in younger

patients with acute coronary syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(5), 430-434.

Wan, Y. F., Ma, X. L., Yuan, C., Fei, L., Yang, J., & Zhang, J. (2015). Impact of daily lifestyle on coronary heart disease. *Experimental and therapeutic medicine*, 10(3), 1115-1120.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**







ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

ครั้งที่ 23/2560 ประจำปีการศึกษา 2560

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	5977170036
ชื่อ-นามสกุล	เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ศิริ ทาโต
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
	A STUDY OF QUALITY OF SEXUAL FUNCTION AMONG PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY INTERVENTION

ครั้งที่อนุมัติ 23/2560

ระดับปริญญาโท

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	5977174536
ชื่อ-นามสกุล	นางไพรัตน์ ศุภระศร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการให้ข้อมูลร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการผ่าตัดทำทวารเทียม
	THE EFFECT OF INFORMATION GIVING VIA ONLINE SOCIAL MEDIA ON ANXIETY IN OLDER PERSONS WITH COLORECTAL CANCER RECEIVING STOMA SURGERY

ครั้งที่อนุมัติ 23/2560

ระดับปริญญาโท

จากมติคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 14/2561 วันที่ 26 มิถุนายน 2561

ประกาศ ณ วันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2561

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ภาคผนวก ข  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและจดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





ที่ ศธ 0512.11/ 1276

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

11 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์มณี เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |  |   |
|--|---|
| 1. นาวาเอก นายแพทย์ พิทักษ์ พงษ์นนทชัย | รองหัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ                               |
| 2. นาวาเอกหญิง พัฒน์ชนก จิตสุวรรณ      | ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นาวาเอก นายแพทย์ พิทักษ์ พงษ์นนทชัย และนาวาเอกหญิง พัฒน์ชนก จิตสุวรรณ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์มณี เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

เรือเอกหญิงพรรษา บุญเรือง โทร. 09-0261-9394

ที่ ศธ 0512.11/ 127-7



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๗ กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เฝ้าวัฒนา หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เฝ้าวัฒนา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

เรือเอกหญิงพรรษา บุญเรือง โทร. 09-0261-9394

ที่ ศธ 0512.11/ 1515



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๖๗ สิงหาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

เรือเอกหญิงพรรษา บุญเรือง โทร. 08-6497-9446



ที่ ศธ 0512.11/ 1275

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

|| กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายวินิตย์ หลงละเลิง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

ชื่อนิสิต

เรือเอกหญิงพรรษา บุญเรือง โทร. 09-0261-9394

ที่ ศธ 0512.11/ 1339



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

20 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบประเมิน Sexual self-perception and adjustment  
2. แบบวัดความรู้เรื่องเพศ The Sex After Myocardial Infarction Knowledge Test

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส อาจารย์ประจำโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญเป็นอย่างดีทางด้านภาษาและการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือ โดยแปลเครื่องมือจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย มีจำนวน 2 ชุด ได้แก่ Sexual self-perception and adjustment และ The Sex After Myocardial Infarction Knowledge Test เพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ลีลาจรัส  
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152  
ชื่อนิสิต เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง โทร. 09-0261-9394



ที่ ศธ 0512.11/ 1340



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

20 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. แบบประเมิน Sexual self-perception and adjustment  
2. แบบวัดความรู้ The Sex After Myocardial Infarction Knowledge Test

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ณ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญเป็นอย่างดีทางด้านภาษาและการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือ จำนวน 2 ชุด ได้แก่ Sexual self-perception and adjustment และ The Sex After Myocardial Infarction Knowledge Test โดยการแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อความถูกต้องและเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ณ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง โทร. 09-0261-9394



คณะพยาบาลศาสตร์ ม.มหิดล  
เลขรับ..... ๐๙๙๘๖  
วันที่..... 18 ก.ค. 2561  
เวลา..... 11.๙1



ที่ ศธ 0512.11/ 1278

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๗ กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง พรชญา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือเครื่องมือวัดการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual Function Instruments) จากบทความ เรื่อง เครื่องมือวัดการทำหน้าที่ทางเพศ จากวารสาร Journal of Nursing Science Vol. 33 No.1 January-March 2015 ของรองศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน คณบดี

เพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต  
ให้ใช้เครื่องมือวิจัย

○ สำเนาเรื่อง เรียน.....

เรื่องส่ง น.ล.ก.ส.ร.ป.น.ท.ท.  
(นางสมร รอดค่อม)

รักษาการหัวหน้างานบริหารจัดการ  
18 กค. 61

นางสมร รอดค่อม  
(นางสมร รอดค่อม)  
เลขานุการคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

อนุญาตและดำเนินการได้

หญิง อภพรพร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิชา วรรณสถิตย์)

รองคณบดีฝ่ายงบประมาณและการคลัง

รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

18 ก.ค. 2561

ขอแสดงความนับถือ

รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152

เรือเอกหญิง พรชญา บุญเรือง โทร. ๐๙-๐261-9394 086-4979446

เรื่องส่ง น.ล.ก.ส.ร.ป.น.ท.ท.

สำเนา..... ภาจรจก.ค.๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	๑๕๖
วันที่	๑๙.๑๑.๖๑
เวลา	๑๕.๐๐ น.
ผู้รับ	๗-๑๓

เรื่อง ขอนำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณะบดี

ข้าพเจ้า .....เรือเอกหญิงพรธาดา บุญเรือง.....รหัสประจำตัว .....5977170036.....  
นิสิตสาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่).....ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .....91.....  
ซอย.....ตากสิน 22.....ถนน .....ตำบล/แขวง.....บุคคลใด.....อำเภอ/เขต .....ธนบุรี.....จังหวัด.....  
กรุงเทพฯ.....รหัสไปรษณีย์ .....10600.....โทรศัพท์ .....090-261-9394.....  
Email .....Ltpansa59@gmail.com.....

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ  
มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ .... แบบสอบถามการรับรู้ประสบการณ์ในการมีพฤติกรรมทางเพศ.....
- ชื่อวิทยานิพนธ์.....ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ .....วินิตย์ หลงละเลิง.....
- ปีของวิทยานิพนธ์.....2552.....

ลงนาม .....  
(.....เรือเอกหญิงพรธาดา บุญเรือง.....)  
๑ / ๑๑ / ๒๕๕๑

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หรือ 15/๑๑/๒๕๕๑ (ชื่อ/ปี) ๒๖ ๕๖</p> <p>..... ลงนาม ..... (ผศ. ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ) ๒ / ๑๑ / ๒๕๕๑</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ..... ลงนาม ..... (ผศ. ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ) ๒ / ๑๑ / ๒๕๕๑</p>
---	--

อนุญาต  
.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
..... ๑๑.๒๕๕๑ / .....

๒๑  
๒๑.๑.๕๑  
๑๕๓  
๑๓.๑.๕๑

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	๗๘/
วันที่	๑๐ ส.ค. ๖๑
เวลา	๑๐.๑๕ น.
ผู้รับ	ดร. วราภรณ์

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย  
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า .....เรื่อเอกหญิงพรระชา บุญเรือง.....รหัสประจำตัว .....5977170036.....  
นิสิตสาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่).....ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ .....91.....  
ซอย.....ตากสิน 22..... ถนน ..... ตำบล/แขวง..... บุคโคโล.....อำเภอ/เขต .....ธนบุรี..... จังหวัด.....  
กรุงเทพฯ.....รหัสไปรษณีย์ .....10600..... โทรศัพท์ .....086-497-9446.....  
Email .....Ltpansa59@gmail.com.....  
หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)  
การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ  
มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ 1...แบบประเมินความรุนแรงของโรค.....  
2...แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม.....
- ชื่อวิทยานิพนธ์.....ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย....
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ .....ชาญญา อุทิศสิริพานิช.....
- ปีของวิทยานิพนธ์.....2553.....

ลงนาม .....ผู้ยื่นคำร้อง

(.....เรื่อเอกหญิงพรระชา บุญเรือง.....)

๑๖ / ๘๓ / ๒๕๖๑

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ..... ..... ..... ลงนาม ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ) ๑๖ / ๘๓ / ๒๕๖๑</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ..... ..... ..... ลงนาม ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ) ๑๖ / ๘๓ / ๒๕๖๑</p>
--	--

อนุญาต

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

..... / ..... ๒๐ ส.ค. ๒๕๖๑

๑๐ ส.ค. ๖๑

5/31/2018

Gmail - Asking for permission to use content and Sexual Self-Concept Questionnaire.



Pansa Boonrueang &lt;lt pansa59@gmail.com&gt;

## Asking for permission to use content and Sexual Self-Concept Questionnaire.

2 ข้อความ

**Pansa Boonrueang** <lt pansa59@gmail.com>  
 ถึง: esheartworks@gmail.com

29 พฤษภาคม 2561 12:21

Dear Elaine E. Steinke

My name is Lieutenant Pansa Boonrueang, a graduate student from Faculty of nursing, Chulalongkorn University, located in Bangkok, Thailand. I am now working on the thesis with topic "Predicting factors sexual behaviors among patients with myocardial infarction after percutaneous coronary transluminal intervention".

I am very interested in your article "Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders" which was published earlier in Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care 2008, 5:37.

As your article is related to my studies, I would like to request for your permission to use content and The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire to be factors in my thesis. This will also include the translation of your article from English to Thai language and appropriately modify into Thai cultural context.

Meanwhile, I would like to request for your full paper of your article and Sexual Self-Concept Questionnaire.

It would be great if you can kindly reply my request via my email address [Ltpansa59@gmail.com](mailto:Ltpansa59@gmail.com).

Sincerely,

Lieutenant Pansa Boonrueang

Graduated Student, Faculty of nursing,  
 Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand  
 Email address: [Ltpansa59@gmail.com](mailto:Ltpansa59@gmail.com)

**Elaine Steinke** <esheartworks@gmail.com>  
 ถึง: Pansa Boonrueang <lt pansa59@gmail.com>

31 พฤษภาคม 2561 02:09

Dear Lieutenant Boonrueang,

Thank you for your email, and I am happy you are examining sexual behaviors post-MI and PCI in your country. The Multidimensional Sexual Self Concept Questionnaire cited in the 2008 article has been updated and modified. The MSSCQ and its response set did not always work well with patients; thus, I was granted permission to modify and adapt the instrument by Dr. Snell. The resulting instrument in the Sexual Self-Perception and Adjustment Questionnaire (SSPAQ). This would be more appropriate for your study. The articles related to the SSPAQ are attached, as well as the 2008 article you requested.

Gmail - Asking for permission to use content and Sexual Self-Concept Questionnaire.

after reading the articles, you are still interesting in using the instrument, please contact me. I require that you complete a user agreement. This includes that any translation and back-translation is reviewed by me to make sure that the original intent of the instrument/questions is maintained, and a copy of the translated instrument is provided to me for other researchers. The agreement is generally for one year. When do you anticipate beginning your study?

Another of my instruments, the Sex After MI Knowledge Test has been used in several international studies and translated in several languages. I mention it in case patient knowledge is a variable you might be measuring.

The best email to contact me is as follows: [Elaine.Steinke@shockers.wichita.edu](mailto:Elaine.Steinke@shockers.wichita.edu)

Sincerely,

Dr. Elaine Steinke

[ข้อความที่เกี่ยวกับองค์กรของฉัน]

--

Elaine E. Steinke, APRN, CNS-BC, FAHA, FAAN  
Owner, ES Heartworks, LLC

---

#### เอกสารแนบ 4 ฉบับ

-  **Steinke et al Sexual Self Perceptions JRN 2013.pdf**  
111K
-  **Steinke et al Comorbidities SSPAQ DCCN 2014.pdf**  
1039K
-  **Steinke Sexual Self-Concept Heart & Lung 2008.pdf**  
126K
-  **Heart & Lung 2008 Erratum.pdf**  
115K

6/3/2016

Gmail - Asking for permission to use Sex After MI Knowledge Test



Pansa Boonrueang &lt;ltpansa59@gmail.com&gt;

---

**Asking for permission to use Sex After MI Knowledge Test**

---

**Pansa Boonrueang** <ltpansa59@gmail.com>  
ถึง: Elaine.Steinke@shockers.wichita.edu

5 มิถุนายน 2561 10:30

Dear Elaine E. Steinke

Thank you for Attached are articles related to the Sex After MI Knowledge Test to me. I have read your advised article, I am very interested "Psychometric Evaluation of the Sex After Myocardial Infarction Knowledge Test in Iranian Context. Can I use item of this article? So I would like to request your permission to use content and instrument Sex After MI Knowledge Test. This will also include the translation of your article from English to Thai language and appropriately modify into Thai cultural context.

Sincerely yours,  
Lieutenant Pansa Boonrueang  
Graduated Student, Faculty of nursing,  
Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand  
Emailaddress: [ltpansa59@gmail.com](mailto:ltpansa59@gmail.com)



6/3/2018

Gmail - Asking for permission to use Sex After MI Knowledge Test



Pansa Boonrueang &lt;lt pansa59@gmail.com&gt;

---

**Asking for permission to use Sex After MI Knowledge Test**

---

**Steinke, Elaine** <elaine.steinke@shockers.wichita.edu>  
ถึง: Pansa Boonrueang <lt pansa59@gmail.com>

5 มิถุนายน 2561 22:57

Dear Lieutenant Boon rueang,  
Attached is the user agreement for you to complete, sign, and return to me. The SMIKT instrument also is attached. After you return the user agreement, you have my permission to begin translation/backtranslation.

Elaine

Elaine E. Steinke, PhD, APRN, CNS-BC, FAHA, FAAN  
Professor Emerita of Nursing  
Wichita State University, School of Nursing  
1845 Fairmount, Wichita, KS 67260-0041  
Email: [Elaine.Steinke@shockers.wichita.edu](mailto:Elaine.Steinke@shockers.wichita.edu)

---

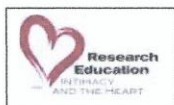
**From:** Pansa Boonrueang <lt pansa59@gmail.com>  
**Sent:** Monday, June 4, 2018 10:30:26 PM  
**To:** Steinke, Elaine  
**Subject:** Asking for permission to use Sex After MI Knowledge Test

[ข้อความที่เกี่ยวข้องถูกซ่อนไว้]

---

**เอกสารแนบ 2 ฉบับ**

-  **User Agreement SMIKT.docx**  
249K
-  **SMIKT Scoring & information FINAL rev Oct 2014.pdf**  
152K


[www.intimacyandtheheart.org](http://www.intimacyandtheheart.org)

### User Agreement

### Sexual Self-Perception & Adjustment Questionnaire (SSPAQ) © 2011

This agreement is between Lt.Pansa Boonrueang, who is requesting use of this research instrument, and Elaine E. Steinke, PhD, APRN, owner of the instrument.

Title of Study: Predicting factors sexual behaviors among patients with myocardial infarction after percutaneous transluminal coronary intervention

Proposed Dates of Use of the Instrument: June 2018

In the use of this instrument, *Sexual Self-Perception and Adjustment Questionnaire*, I agree to the following:

1. The instrument will not be publicly displayed or distributed, outside of the stated use in the study listed above.
2. Results of the study, either as an abstract or copy of journal publication, will be shared with Dr. Elaine E. Steinke, once results are available. Submit to:  
[Elaine.Steinke@shockers.wichita.edu](mailto:Elaine.Steinke@shockers.wichita.edu)
3. Requests for translation into another language must be approved in advance by Dr. Elaine E. Steinke.
4. Any translation and back-translation will be submitted to Dr. Elaine E. Steinke for review to assure that the items retain the original intent and meaning. This occurs before first use of the instrument in the study population.
5. Use of this research instrument and this agreement is for a period of *one year* OR the duration of the study as identified above, pending approval. A new agreement must be initiated for any follow-up or additional studies.
6. After submission and acceptance of this agreement by Dr. Elaine E. Steinke, a copy of the instrument and scoring directions will be provided.

By signing below, the user of this instrument acknowledges acceptance of the foregoing terms and releases Elaine E. Steinke from any financial or legal responsibility for the use of the research instrument.

Requesting Author Signature

4 June 2018

Date Signed

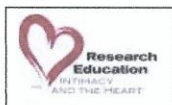
Lt.Pansa Boonrueang  
Printed Name

*A copy of this fully signed agreement will be returned to the requesting user after review*

(For internal use only)

Reviewed by: Elaine Steinke Date: 6/5/2018

Approved Dates of Use: June 2018 and up to June 1, 2019 if needed to complete this study


[www.intimacyandtheheart.org](http://www.intimacyandtheheart.org)

## User Agreement

### Sex After MI Knowledge Test ©1999

This agreement is between Lt.Pansa Boonrueang, who is requesting use of this research instrument, and Elaine E. Steinke, PhD, APRN, owner of the instrument.

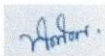
Title of Study: Predicting factors sexual behaviors among patients with myocardial infarction after percutaneous transluminal coronary intervention

Proposed Dates of Use of the Instrument: June 2018

In the use of this instrument, *Sex After MI Knowledge Test*, I agree to the following:

1. The instrument will not be publicly displayed or distributed, outside of the stated use in the study listed above.
2. Results of the study, either as an abstract or copy of journal publication, will be shared with Dr. Elaine E. Steinke, once results are available. Submit to: [Elaine.Steinke@wichita.edu](mailto:Elaine.Steinke@wichita.edu)
3. Requests for translation into another language must be approved in advance by Dr. Elaine E. Steinke.
4. Any translation and back-translation will be submitted to Dr. Elaine E. Steinke for review to assure that the items retain the original intent and meaning. This occurs before first use of the instrument in the study population.
5. Use of this research instrument and this agreement is for a period of *one year* OR the duration of the study as identified above, pending approval. A new agreement must be initiated for any follow-up or additional studies.
6. After submission and acceptance of this agreement by Dr. Elaine E. Steinke, a copy of the instrument and scoring directions will be provided.

By signing below, the user of this instrument acknowledges acceptance of the foregoing terms and releases Elaine E. Steinke from any financial or legal responsibility for the use of the research instrument.

 6 June 2018  
 Requesting Author Signature Date Signed

Lt.Pansa Boonrueang  
 Printed Name

*A copy of this fully signed agreement will be returned to the requesting user after review*

(For internal use only)

Reviewed by: Elaine Steinke Date: 06/07/2018

Approved Dates of Use: June 2018 and up to one year until June 1, 2019 if needed for this study only



ที่ ศธ 0512.11/ 1322



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

14 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ข้อเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพथยทหารเรือ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบรายงานข้อมูลโครงร่างการวิจัยเพื่อพิจารณาขั้นต้น จำนวน 4 ชุด
  2. โครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร. จำนวน 4 ชุด
  3. เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 4 ชุด
  4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 4 ชุด
  5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 4 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152  
เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง โทร. 09-0261-9394

ที่ ศธ 0512.11/ 1326



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

19 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
  2. โครงการวิจัยและเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ชุด
  3. CD บรรจุข้อมูลการวิจัย จำนวน 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152  
เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง โทร. 09-0261-9394



โครงการวิทยานิพนธ์

AF 01\_07

## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130  
 ที่ ..... วันที่ กรกฎาคม 2561  
 เรื่อง ขอเสนอโครงการวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน เลขาธิการคณะกรรมการการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
 2. โครงการวิจัยและเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ชุด  
 พร้อมไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ 1 ชุด

ด้วย ข้าพเจ้า เรือเอกหญิงพรชญา บุญเรือง นักศึกษาระดับปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้ โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาคุณค่า ความถูกต้อง และประโยชน์ (Relevant and Scientific Merit) เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะ/สถาบัน/หน่วยงานแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....*นางสาว พรชญา บุญเรือง*.....  
 (ผศ. ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ)  
 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
 วันที่.....*11* / *07* / *61*.....

ลงชื่อ.....*พรชญา*.....  
 (ร.อ.หญิงพรชญา บุญเรือง)  
 ผู้วิจัยหลัก  
 วันที่.....*11* / *07* / *61*.....

รับรองคำขอรับการพิจารณาจริยธรรม

*พรชญา*  
 (ร.อ.หญิงพรชญา บุญเรือง)

คณบดี/ผู้อำนวยการ

วันที่.....*11* / *07* / *61*.....

ที่ ศธ 0512.11/ 1325



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

19 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายและหญิงอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI ที่เข้ามาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 117 คน โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ แบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ แบบสอบถามความพึงพอใจทางเพศ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ แบบสอบถามเรื่องการรับรู้อุปสรรคทางเพศ แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ แบบประเมินความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152  
เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง โทร. 09-0261-9394



ที่ ศธ 0512.11/ 1323



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

19 กรกฎาคม 2561

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โคร่งร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายและหญิงอายุ 18-59 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI ที่เข้ามาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 86 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ แบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ แบบสอบถามความพึงพอใจทางเพศ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ แบบสอบถามเรื่องการรับรู้อุปสรรคทางเพศ แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ แบบประเมินความรุนแรงของโรค และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 02-218-1152  
เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง โทร. 09-0261-9394

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๑๐/ ๑๕๓/๖๑



โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ  
๙๕ หมู่ ๘ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง  
จ.ปทุมธานี ๑๒๑๒๐

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาการขอเข้าเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน คณะคณาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามที่ เรือเอกหญิง พรรษา บุญเรือง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มธ. ชุดที่ ๓ สาขาวิทยาศาสตร์แล้ว และมีความประสงค์ขอเข้าเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI โดยใช้แบบสอบถามภายหลังได้รับการตรวจจากแพทย์ และขอเข้าถึงข้อมูลในแฟ้มประวัติที่งานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (ศูนย์หัวใจ) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยมีนายวินิตย์ หลงละเลิง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นผู้ประสานงานในโครงการวิจัย นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พิจารณาแล้วอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยดังกล่าวได้และเมื่อเสร็จสิ้นแล้วให้ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้


๑. ส่งผลงานวิจัยที่สำเร็จแล้วมายังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
๒. ระบุชื่อ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในกิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)
๓. ส่งสำเนางานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์วารสาร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พฤษ ต่ออุดม)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

งานวิเคราะห์แผน งบประมาณ และวิจัยสถาบัน

โทรศัพท์ ๐ ๒๙๒๖ ๙๔๕๑

	<b>เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval, COA)</b> <b>โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ</b>	
	<b>สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ</b> เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการกรมแพทยทหารเรือ บุคคโล ถนนบุรี กทม.10600 โทร.02-4752705	<b>NO.025 : COA-NMD-REC021/61</b> <b>: Expedited Review</b>
พันธกิจ : ดูแลการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยในมนุษย์ที่ดำเนินการในสถานพยาบาลของ พร. หรือดำเนินการโดยบุคลากรสายแพทย์ หรือบุคลากรสถาบันสมทบ ให้เป็นไปตามระเบียบของ พร./ นโยบาย พร./ ตามข้อกำหนดการศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ พร. และถูกต้องตามหลักจริยธรรมสากล		

โครงการวิจัย และเอกสารประกอบตามรายการที่แสดงด้านล่างนี้ ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือแล้ว มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความ สอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนข้อบังคับและข้อกำหนดของกรมแพทยทหารเรือ จึงเห็นสมควรให้ ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการ	การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยาย หลอดเลือดหัวใจ
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	เรือเอกหญิงพรรชา บุญเรือง โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
รหัสโครงการ	RP023/61
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
รายการเอกสารที่รับรอง	1) โครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 17 กันยายน 2561) 2) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Version 2, วันที่ 17 กันยายน 2561) 3) หนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Version 2, วันที่ 17 กันยายน 2561)
วันที่รับรอง	20 กันยายน 2561
วันหมดอายุ	19 กันยายน 2562

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องดำเนินการวิจัยตามข้อกำหนดและเงื่อนไข ที่ผู้วิจัยต้องปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ได้รับ การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ ตามรายละเอียดใน FM-NMD-REC-12.1 ที่แนบ

นาวาเอกหญิง.....

(พิมพ์พย ทัศนีย์เกียรติ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พร.





คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์  
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121  
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

AF 01\_12

COA No. 121/2561

### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 143/2561  
ชื่อโครงการวิจัย : การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย  
หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ  
: A STUDY OF QUALITY OF SEXUAL FUNCTION AMONG PATIENTS  
WITH MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS  
TRANSLUMINAL CORONARY INTERVENTION  
ผู้วิจัยหลัก : เรือเอกหญิง พรรชา บุญเรือง  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้  
พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)  
ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลักขณา เหล่าเกียรติ)  
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 17 ตุลาคม 2561

วันหมดอายุ : 16 ตุลาคม 2562

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: ครั้งที่ 1: 17 เมษายน 2562

#### เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม



**เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
(Research Subject Information sheet)

**ชื่อโครงการวิจัย** การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย  
หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

**วันที่ชี้แจง** \_\_\_\_\_

**ชื่อและสถานที่ทำงานของผู้วิจัย** ร.อ.หญิง พรรษา บุญเรือง

สถานที่ทำงาน เลขที่ 504 ห้องสวนหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ  
ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

**ชื่อผู้วิจัยร่วม** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

**ผู้ให้ทุนวิจัย** ไม่มี

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้ง ข้อดีและข้อเสียที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นความสมัครใจของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านก็จะได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติ การไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการ การรักษาพยาบาลหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

### ที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบมากเป็นอันดับต้นๆ ของกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเกิดภาวะขาดเลือด สาเหตุเกิดจากหลอดเลือดหัวใจตีบ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานานทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นตาย การทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มเลือดไปยังหลอดเลือดหัวใจ ให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บหน้าอก ลดอัตราการตายเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย การขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นการทำหัตถการเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจที่ตีบหรืออุดตัน สามารถบรรเทาอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพดีในภาวะฉุกเฉิน มีความเสี่ยงต่ำ มีความสะดวก ปลอดภัย มีความสำเร็จสูง สามารถฟื้นตัวได้เร็ว ด้วยเทคโนโลยีและความรู้ความสามารถในการขยายหลอดเลือดหัวใจมีการพัฒนาขึ้นเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ แต่ยังคงกลัวไม่กล้าที่จะมีกิจกรรมทางเพศหรือมีเพศสัมพันธ์จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความกลัวในการมีกิจกรรมทางเพศลดลง กลัวอาการเจ็บหน้าอก กังวลเกี่ยวกับการเสียชีวิตกระทันหัน การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นอุปสรรคในการมีกิจกรรมทางเพศ มีภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง

ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีโอกาสฟื้นตัวได้เร็ว โดยอาจมีเหตุผลเนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่เห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด ปัญหาการมีกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยเหล่านี้จึงถูกละเลยและพบว่าผู้ป่วยมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทางเพศภายหลังการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นแบบทั่วไปไม่มีความเฉพาะเจาะจงกับโรค อีกทั้งยังขาดการประเมินปัจจัย ที่มีผลต่อคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศและยังไม่มีการให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงเรื่องเพศที่เหมาะสม

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีความครอบคลุมเกี่ยวกับเรื่องเพศ ที่แสดงออกมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสะท้อนมุมมองทางเพศต่อตนเอง ต่อคู่สมรส และการมีกิจกรรมทางเพศ ทั้งที่ผู้ป่วยภายหลังการทำ PCI สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้อย่างปลอดภัยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ 2-4 สัปดาห์ตามคำแนะนำของแพทย์ แต่ผู้ป่วยยังไม่กล้าที่จะมีกิจกรรมทางเพศ อาจเป็นเพราะเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนผู้ป่วยจึงกลัวไม่กล้าที่จะสอบถามแพทย์หรือทีมสุขภาพ หากไม่สามารถปรับตัวในการทำหน้าที่ทางเพศได้อย่างเหมาะสมภายใต้สภาวะโรค อาจส่งผลกระทบต่อปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศในชีวิตสมรสเกิดปัญหาการหย่าร้าง นำไปสู่ปัญหาครอบครัว ขาดความสุขและความรักในครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ โดยผู้วิจัยเลือกตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การรับรู้อุปสรรคทางเพศ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศ การวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการแพทย์และพยาบาลโดยนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยประเมินปัญหา ให้คำปรึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการวางแผนการพยาบาลและให้คำแนะนำการมีหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและคู่สมรสอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีเมตตาใจภายใต้สภาวะของโรค ลดปัญหาการหย่าร้าง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขในชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

- 1) เพื่อศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- 2) เพื่อศึกษาตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การรับรู้อุปสรรคทางเพศ ความรู้เรื่องเพศ ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- 3) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ เพศ ระดับการศึกษา ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การรับรู้อุปสรรคทางเพศ ความรู้เรื่องเพศ ความรุนแรงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

#### **ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้**

ท่านได้รับเชิญเข้าร่วมการวิจัยเพราะท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ถึง 1 ปี วัยผู้ใหญ่ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18-59 ปี มีคู่ชาย-หญิง เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

#### **ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้**

- 1 เป็นโรคเรื้อรังอื่น ยกเว้นโรคที่เกิดร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันโนเลือดสูง และหัวใจเต้นผิดปกติ
- 2 มีอาการกำเริบของโรค เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด วิงเวียนศีรษะเป็นลม หอบเหนื่อย หรือมีอาการไม่สุขสบายของร่างกาย
- 3 ไม่ยินยอมเข้าร่วมมือในการทำวิจัย

#### **จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใดและมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ทำในประเทศไทยในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 2 แห่ง โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้น 173 คน ได้แก่ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 87 คน และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 86 คน

#### **ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งที่นี่**

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามจำนวน 10 ชุด โดยตอบแบบสอบถามภายหลังได้รับการตรวจจากแพทย์ ขณะผู้ป่วยรอรับยาใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทำการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว



### **หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง**

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะอธิบายให้ท่านทราบเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆ ทั้ง ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยเพื่อจะได้นำผลการวิจัยไปวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกิจกรรมทางเพศได้อย่างถูกต้องและมั่นใจภายใต้สภาวะโรค

ขั้นตอนการปฏิบัติต่อการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละ 1 ราย โดยจัดให้ท่านนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ ซึ่งเป็นห้องตรวจหรือห้องประชุมที่มีความเป็นส่วนตัว โดยให้ท่านตอบแบบสอบถามโดยอิสระ ผู้วิจัยจะอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามทั้ง 10 ชุด โดยในชุดที่ 9 เรื่องความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยจะเป็นผู้ถามคำถามเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันกับผู้ที่ร่วมการวิจัยด้วยตนเองเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรค ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณคนละ 30 นาที หากพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านหนังสือไม่ได้หรือมองเห็นตัวอักษรไม่ชัด ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความและคำตอบให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ผู้วิจัยบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือก ในกรณีดังกล่าวใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 45 นาที ในการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายข้อความให้มีความชัดเจนและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามข้อสงสัย

วิธีการเก็บรักษาความลับข้อมูลของท่าน โดยในการตอบแบบสอบถามขอให้ท่านตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเตรียมมาให้ท่านโดยเลือกข้อที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด เป็นการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว เมื่อทำแบบสอบถามเสร็จจะมีซองเอกสารใส่แบบสอบถามเพื่อปกปิดข้อมูลที่ได้ จะไม่เปิดเผย ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะถูกถอดออกมาเป็นรหัสและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการและจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง และจะมีการทำลายข้อมูลเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลงใน 1 ปีเป็นอันเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลการวิจัย

### **ความไม่สบาย หรือการเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากกรรมวิธีการวิจัยมีอะไรบ้างและวิธีการป้องกัน / แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น**

ระหว่างที่ท่านตอบแบบสอบถาม ท่านอาจเกิดความไม่สบายใจ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับข้อความ คำถาม หากพบว่าท่านเกิดความอึดอัดไม่สบายใจที่จะตอบคำถามในแบบสอบถามต่อไป ผู้วิจัยจะหยุดการตอบแบบสอบถามและเปิดโอกาสให้ท่านระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ โดยรับฟังด้วยความตั้งใจและแสดงความคิดเห็น พิจารณาส่งต่อถ้าหากท่านต้องการแหล่งประโยชน์อื่นๆ ที่ผู้วิจัยไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้

หากพบว่าท่านมีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการของโรคกำเริบ การเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น วิงเวียนศีรษะหน้ามืด เป็นลม หอบเหนื่อยหรือมีอาการไม่สบาย ผู้วิจัยยุติให้ท่านตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยจะนำท่านส่งไปพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย**

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ อาจไม่ได้ประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรงแต่จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมทั้งประโยชน์ต่อการวิจัย และประโยชน์ต่อทีมการรักษาพยาบาล ดังนี้

1) **ประโยชน์ต่อการวิจัย** เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การรับรู้อุปสรรคทางเพศ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการทำ PCI

2) **ประโยชน์ต่อทีมรักษาพยาบาล** เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้คำปรึกษา และการประเมิน ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การรับรู้อุปสรรคทางเพศ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในการดูแลสุขภาพทางเพศตนเองให้มีประสิทธิภาพตามสภาวะของโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขในชีวิต

### **ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ (ถ้ามี)**

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

### **ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย**

ไม่มีค่าตอบแทน หรือของกำนัลใดๆ สำหรับอาสาสมัคร

### **หากท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านมีทางเลือกอื่นอย่างไรบ้าง**

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อการได้รับการรักษาของแพทย์และพยาบาลต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

### **หากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ จะติดต่อกับใคร และจะได้รับการปฏิบัติอย่างไร**

หากเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อ ผู้วิจัย ร.อ.หญิง พรรษา บุญเรือง สถานที่ทำงานเลขที่ 504 ห้องสวนหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบวคโคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์มือถือ 086-497-9446 Email: Lt pansa59@gmail.com (สามารถติดต่อทั้งในและนอกเวลาราชการ) หากเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ สามารถติดต่อผู้วิจัยได้โดยตรง โดยผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมต่อไป

**หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย จะถามใคร ระบุชื่อผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วม**

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยท่านสามารถติดต่อ ผู้วิจัย ร.อ.หญิง พรรษา บุญเรือง สถานที่ทำงานเลขที่ 504 ห้องสวนหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์มือถือ 086-497-9446 Email: [Ltpansa59@gmail.com](mailto:Ltpansa59@gmail.com) (สามารถติดต่อทั้งในและนอกเวลาราชการ)

**หากท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่**

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ อาคารกองบังคับการ กรมแพทย์ทหารเรือ ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บุคคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทร./โทรสาร 0-2475-2705, E-mail : [rec@nmd.go.th](mailto:rec@nmd.go.th) )

**ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้**

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกเก็บไว้เป็นความลับ เมื่อทำแบบสอบถามเสร็จจะมีของเอกสารใส่แบบสอบถามเพื่อปกปิด ข้อมูลที่ได้จะไม่เปิดเผย ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จะถูกถอดออกมาเป็นรหัส และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการและไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง และจะมีการทำลายข้อมูลเมื่อการศึกษาสิ้นสุดลงภายใน 1 ปี

**ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่**

ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อผู้ร่วมการวิจัยทั้งสิ้น รวมทั้งการดูแลรักษา หากท่านมีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น มีอาการของโรคกำเริบ การเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หอบเหนื่อยหรือมีอาการไม่สบาย ผู้วิจัยยินดีให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

**หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านจะได้รับแจ้งข้อมูลนั้นโดยผู้วิจัยหรือผู้วิจัยร่วมนั้นทันที**

หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

## หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** การศึกษาคุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย  
หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

**ชื่อผู้วิจัย** ร.อ.หญิง พรรษา บุญเรือง

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** เลขที่ 504 ห้องสวนหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ  
ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบুদ্ধโคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

**โทรศัพท์ (มือถือ)** 086-497-9446

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่าน รายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามมีทั้งหมด 10 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ แบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ แบบสอบถามความพึงพอใจทางเพศ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ แบบสอบถามเรื่องการรับรู้อุปสรรคทางเพศ แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบในทางรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคตต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เลขที่ 504/54 อาคารกองบังคับการกรมแพทย์ทหารเรือ ชั้น 1 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน บুদ্ধโคโล ธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ / โทรสาร 0-2475-2705 **E-mail** : rec@nmd.go.th

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้า  
พยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว 1 ชุด

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง**  
**การศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**  
**หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ**

**แบบคัดกรอง**

คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน 5 ข้อ
<b>แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 10 ชุด ดังนี้</b>	
ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 19 ข้อ
ชุดที่ 2 แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ	จำนวน 19 ข้อ
ชุดที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของโรค	จำนวน 7 ข้อ
ชุดที่ 4 แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	จำนวน 25 ข้อ
ชุดที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ	จำนวน 7 ข้อ
ชุดที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ	จำนวน 7 ข้อ
ชุดที่ 7 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ	จำนวน 7 ข้อ
ชุดที่ 8 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 10 ข้อ

หากท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อผู้วิจัย โทรศัพท์เบอร์ 086-497-9446  
 หรือ E-mail: Ltpansa59@gmail.com

## แบบคัดกรอง

แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศ  
ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1. เพศกลุ่มตัวอย่าง ( ) ชาย ( ) หญิง
2. เพศของคู่สมรส ( ) ชาย ( ) หญิง
3. สถานภาพ
  1. ( ) คู่ อยู่ด้วยกัน
  2. ( ) คู่ แยกกันอยู่
4. อายุ.....ปี
5. หลังที่ท่านเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจท่านเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่
  1. ( ) ไม่เคย
  2. ( ) เคย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องแม่นยำ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไป ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความรู้สึกรู้สึกและความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตนเองในเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อ โดยข้อมูลจากท่านจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มิได้มีการเปิดเผยข้อมูล และผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลจากท่านจะเป็นความลับและไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านทั้งสิ้น



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ชุดที่ 1

## แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูล จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 13 และส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 14 - 19

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความเพียงคำตอบเดียว ให้ตรงกับสภาพที่เป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

1. อายุ .....ปี
2. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร (BMI..... $\text{km}/\text{m}^2$ )
5. ระดับการศึกษา
  1. ( ) ไม่ได้เรียนหนังสือ/ประถมศึกษา
  2. ( ) มัธยมศึกษา
  3. ( ) อนุปริญญา/ปวส.
  4. ( ) ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
6. อาชีพ
  1. ( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
  2. ( ) รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
  3. ( ) รับจ้าง
  4. ( ) ทำไร่ - ทำนา / เกษตรกรรม
  5. ( ) ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
  6. ( ) พนักงานบริษัท
  7. ( ) ข้าราชการบำนาญ
  8. ( ) อื่นๆ.....
7. ท่านทราบว่าท่านเป็นโรคหัวใจมานาน
  1. ( ) 2 สัปดาห์ - 1เดือน
  2. ( ) ระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน
  3. ( ) ระหว่าง 3 เดือน - 6 เดือน
  4. ( ) ระหว่าง 6 เดือน - 1 ปี
8. ท่านเคยมีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่
  1. ( ) เคย
  2. ( ) ไม่เคย
9. ท่านมีเพศสัมพันธ์หลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ **ครั้งแรก** เมื่อใด
  1. ( ) 1 - 2 สัปดาห์
  2. ( ) ระหว่าง 2 - 4 สัปดาห์
  3. ( ) ระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน
  4. ( ) ระหว่าง 3 - 6 เดือน
  5. ( ) ระหว่าง 6 เดือน-1 ปี



## (ข้อที่ 14– 19) ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน)

14. โรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นร่วมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่
1. ( ) เบาหวาน
  2. ( ) ความดันโลหิตสูง
  3. ( ) หลอดเลือดหัวใจ
  4. ( ) หลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน
  5. ( ) ไขมันในเลือดสูง
15. ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาาร่วมด้วย
1. ( ) ใช่
  2. ( ) ไม่ใช่
16. กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน
1. ( ) Lipid lowering agents/Statin
  2. ( ) Beta-blocker
  3. ( ) Diuretic
  4. ( ) ACEI
  5. ( ) Antiplatelet
  6. ( ) Vasodilator
  7. ( ) Antidiabetic
  8. ( ) Calcium-antagonist/Calcium channel blocker
  9. ( ) Anticoagulant
  10. ( ) Digitalis
  11. ( ) Antiarrhythmia
  12. ( ) Antidepressant
  13. ยาอื่นๆ
17. ครั้งที่ขยายหลอดเลือดหัวใจ
1. ( ) ครั้งที่ 1 มานาน.....ปี.....เดือน
  2. ( ) ครั้งที่ 2 มานาน.....ปี.....เดือน
  3. ( ) ครั้งที่ 3 มานาน.....ปี.....เดือน
  4. ( ) ครั้งที่ 4 มานาน.....ปี.....เดือน
  5. ( ) มากกว่า 4 ครั้ง
18. ตำแหน่ง การขยายหลอดเลือดหัวใจ
1. ( ) LMCA
  2. ( ) LAD
  3. ( ) LCA
  4. ( ) RCA
- (LAD: left anterior descending artery, LCA: left circumference artery;  
LMCA: left main coronary artery, RCA: right coronary artery,)
19. Echo cardiogram
1. ( ) LVEF  $\geq$  40 %
  2. ( ) LVEF  $\leq$  40 %

## ชุดที่ 2

## แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเพื่อแสดงการการทำหน้าที่ทางเพศของท่านหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวาของข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ระดับการวัด				
	ไม่เลย	ใช้เล็กน้อย	ใช้ปานกลาง	ใช้มาก	ใช้อย่างยิ่ง
1. ท่านไม่มีความสุขกับการมีเพศสัมพันธ์เหมือนที่เคย					
2. คู่ของท่านไม่มีความสุขกับการมีเพศสัมพันธ์เหมือนที่เคย					
3. กรุณาเลือกตอบตามเพศของท่าน ชาย ข้อ 3.1 ท่านมีอวัยวะเพศไม่แข็งตัวหรือปัญหาอื่น ๆ เกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์ หญิง ข้อ 3.2 ท่านมีอาการเจ็บอวัยวะเพศหรือปัญหาอื่น ๆ เกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10. ....					
17. ท่านมีความสุขกับการตื่นตัวทางเพศที่เกิดขึ้นในระยะก่อนและขณะและหลังการมีเพศสัมพันธ์					
18. กรุณาเลือกตอบตามเพศของท่าน ชาย ข้อ 18.1 ท่านมีการแข็งตัวของอวัยวะเพศระหว่างกระบวนการมีเพศสัมพันธ์ทั้งหมด หญิง ข้อ 18.2 ท่านมีน้ำหล่อลื่นเพียงพอระหว่างกระบวนการมีเพศสัมพันธ์ทั้งหมด					
19. ท่านมีความพึงพอใจเมื่อถึงจุดสุดยอดในการมีเพศสัมพันธ์					

## ชุดที่ 2

## แบบประเมินความรุนแรงของโรค

**คำชี้แจง** ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคด้วยตนเองโดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บหน้าอกตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแคนาดา

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านสามารถเดินขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 8 ชั้น หรือเดินขึ้นสะพานลอยได้ โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก	ไปข้อ 2	ไปข้อ 5
2. ท่านสามารถเดินขึ้นบันไดหลังจากรับประทานอาหารได้ หรือ 2.1 ยกของหนัก 5 กิโลกรัม เดินบนพื้นราบได้ 100 เมตร 2.2 เล่นกีฬา เช่นฟุตบอล กอล์ฟ แบดมินตัน เทนนิส วายน้ำ วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน ในระยะเวลา 30-40 นาที เป็นต้น	ระดับ 1	ไปข้อ 3
3. ....		
4. ....		
5.		
6. เมื่ออมาขยายหลอดเลือดใต้ลิ้นแล้วพักจึงทุเลาเจ็บหน้าอก	ระดับ 3	ไปข้อ 7
7. ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อพัก	ระดับ 4	

## ชุดที่ 3

## แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง แบบวัดความรู้นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดซึ่งในแต่ละช่องมี

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. สัญญาณอันตรายที่ต้องแจ้งแพทย์ทราบ ได้แก่ อาการ หายใจเร็ว ใจสั่น รู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นนานมากกว่า 15 นาที ภายหลังมีเพศสัมพันธ์		
2. การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ช่วยให้ผ่อนคลายและทำให้การทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้น		
3. ยาบางชนิดที่ใช้สำหรับรักษาความดันโลหิตสูง ความวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าอาจมีผลกระทบทางลบกับการมีเพศสัมพันธ์		
4. ....		
5. ....		
6. ....		
7. ....		
8. ....		
9. ....		
10. ....		
11. ....		
12. ....		
13. ....		
14. ....		
15. ....		
16. ....		
17. ....		
18. ....		
19. ท่านควรรายงานแพทย์ของท่านเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกระหว่างการมีเพศสัมพันธ์		
20. ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในที่ร้อนหรือเย็นเกินไป		
21. หากท่านรู้สึกตึงเครียดหรือเหนื่อยล้า ท่านไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ เพราะจะเป็นการเพิ่มการทำงานของหัวใจ		

## ชุดที่ 4

## แบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความวิตกกังวลทางเพศของท่านหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่าง มาก	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก
1. ท่านรู้สึกกังวลใจเมื่อคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน					
2. ท่านรู้สึกกลัวใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ท่านรู้สึกกดดันเมื่อมีการคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน					
7. ท่านรู้สึกหวาดกลัวในการมีเพศสัมพันธ์					



## ชุดที่ 5

## แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความเชื่อในความสามารถของตนเองในการทำหน้าที่ทางเพศของท่านหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างมาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
1. ท่านคิดว่าท่านมีความสามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของท่าน					
2. ท่านมั่นใจว่าความต้องการทางเพศของท่านได้ถูกเติมเต็ม					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ท่านเชื่อมั่น/มั่นใจในความสามารถในการตอบสนองทางเพศของท่าน					
7. ท่านเชื่อมั่น/มั่นใจว่าท่านสามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของคุณเอง					

## ชุดที่ 6

## แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าทางเพศของท่านหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่าง มาก	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก
1. ท่านรู้สึกหดหู่กับคุณภาพการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน (-)					
2. ท่านรู้สึกผิดหวังกับคุณภาพการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน (-)					
3.....					
4.....					
5.....					
6. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกมีความสุขกับการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน (+)					
7. ท่านรู้สึกดีเกี่ยวกับชีวิตด้านเพศโดยรวมของท่าน (+)					

## ชุดที่ 8

## แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องเพศจากคูครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำการ PCI ให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ที่แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับเรื่องเพศและตอบคำถามให้ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด

**กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้**  
**เป็นจริงมากที่สุด** หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงทั้งหมด  
**เป็นจริงส่วนมาก** หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่  
**ไม่แน่ใจ** หมายถึง รู้สึกว่าไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น  
**เป็นจริงน้อย** หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงบ้างเล็กน้อย  
**เป็นจริงน้อยที่สุด** หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเลย

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
1. คู่ของท่านจะตอบสนองเมื่อท่านมีความต้องการทางเพศ ในแบบร่วมเพศกับท่าน					
2. ท่านสามารถระบายความเศร้าเรื่องเพศสัมพันธ์กับคู่ของท่าน					
3. ....					
4. ....					
5. ....					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. คู่ของท่านจัดยาให้ท่านรับประทานทันทีเมื่อท่านมีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์					
10. คู่ของท่านเข้าใจและยอมรับได้กับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะมีเพศสัมพันธ์ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ เป็นต้น					



### 1. ค่าความเที่ยงของแบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.828	19

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Funown1	3.5667	1.10433	30
Funpart2	3.5667	.77385	30
Funown3	3.8667	.77608	30
Funpart4	3.8000	.92476	30
Funown5	2.5333	.68145	30
Funpart6	4.3000	.79438	30
Funown7	4.5667	.62606	30
Funown8	4.0333	.76489	30
Funown9	1.8000	1.18613	30
Funown10	1.8667	.50742	30
Funpart11	1.9667	.85029	30
Funact12	1.9667	.80872	30
Funown13	4.3000	.65126	30
Funact14	3.1000	.88474	30
Funact15	3.2333	1.00630	30
Funact16	3.4000	.89443	30
Funact17	3.6000	.67466	30
Funact18	3.4000	1.06997	30
Funact19	3.9333	.63968	30

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Funown1	59.2333	53.978	.429	.820
Funpart2	59.2333	57.840	.317	.824
Funown3	58.9333	56.202	.461	.817
Funpart4	59.0000	54.138	.527	.813
Funown5	60.2667	57,789	.378	.821
Funpart6	58.5000	59.293	.183	.830
Funown7	58.2333	57.633	.436	.820
Funown8	58.7667	60.392	.100	.834
Funown9	61.0000	59.241	.083	.844
Funown10	60.9333	58.823	.396	.822
Funpart11	60.8333	56.902	.354	.823
Funact12	60.8333	57.109	.360	.822
Funown13	58.8000	58.190	.357	.822
Funact14	59.7000	54.217	.550	.812
Funact15	59.5000	52.185	.617	.807
Funact16	59.4000	51.903	.734	.801
Funact17	59.4000	53.959	.782	.804
Funact18	59.8000	52.938	.519	.813
Funact19	58.8667	57.499	.439	.819

## Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
62.8000	62.166	7.88451	19

## 2. ค่าความเที่ยงแบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	485	8337	
ค่าตามข้อที่		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
คอมบก		15	24	19	26	14	10	23	12	10	19	20	25	25	22	1	29	24	29	20	21	29	8	26	14	20			
คอมบค		15	6	11	4	16	20	7	18	20	11	10	5	5	8	29	1	6	1	10	9	1	22	4	16	10			
p		0.5	0.8	0.6333	0.867	0.467	0.333	0.767	0.4	0.333	0.633	0.667	0.833	0.833	0.733	0.033	0.967	0.8	0.967	0.667	0.7	0.967	0.267	0.867	0.467	0.667			
q		0.5	0.2	0.3667	0.133	0.533	0.667	0.233	0.6	0.667	0.367	0.333	0.167	0.167	0.267	0.967	0.033	0.2	0.033	0.333	0.3	0.033	0.733	0.133	0.533	0.333			
pq		0.25	0.16	0.2322	0.116	0.249	0.222	0.179	0.24	0.222	0.232	0.222	0.139	0.139	0.196	0.032	0.032	0.16	0.032	0.222	0.21	0.032	0.196	0.116	0.249	0.222	4.301		
รายละเอียดการเลือกคำตอบแต่ละข้อ		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			
ข้อ 1		50	20	63.333	86.67	53.33	33.33	76.67	60	33.33	36.67	66.67	83.33	83.33	26.67	96.67	96.67	20	96.67	33.33	30	96.67	26.67	86.67	46.67	66.67			
ข้อ 2		50	80	36.667	13.33	46.67	66.67	23.33	40	66.67	63.33	33.33	16.67	16.67	73.33	3.333	3.333	80	3.333	66.67	70	3.333	73.33	13.33	53.33	33.33			
ข้อ 3		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
ข้อ 4		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
รวม		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
IF total (รวม)		0.5	0.8	0.6333	0.867	0.467	0.333	0.767	0.4	0.333	0.633	0.667	0.833	0.833	0.733	0.033	0.967	0.8	0.967	0.667	0.7	0.967	0.267	0.867	0.467	0.667			
IF Upper (กลุ่มสูง)		0.93333	0.933	1	1	0.533	0.467	0.933	0.4	0.4	1	0.8	0.8	1	1	0.067	1	0.933	1	0.733	0.933	1	0.067	0.933	0.733	0.8			
IF Lower (กลุ่มต่ำ)		0.06667	0.667	0.2667	0.733	0.4	0.2	0.6	0.4	0.267	0.267	0.533	0.867	0.667	0.467	0	0.933	0.667	0.933	0.6	0.467	0.933	0.467	0.8	0.2	0.533			
ID (ส่วนจจำนวน)		0.86667	0.267	0.7333	0.267	0.133	0.267	0.333	0	0.133	0.733	0.267	-0.07	0.333	0.533	0.067	0.067	0.267	0.067	0.133	0.467	0.067	-0.4	0.133	0.533	0.267			
Relability(KR-20)		0.77077																											
คะแนนเฉลี่ย		16.1667																											
ความแปรปรวน (Var)		16.5389																											
ความคลาดเคลื่อน(SI)		7.91848																											
ความยาก-ง่าย (IF tot สีมวก		สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร	สีทองโร
อำนาจจำแนก (ID)		สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	สีมวก	



### 3. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.912	7

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Anxiety1	3.4333	1.13512	30
Anxiety2	2.8000	.96132	30
Anxiety3	2.5667	1.04000	30
Anxiety4	2.7667	1.00630	30
Anxiety5	2.2667	.90719	30
Anxiety6	2.4667	1.04166	30
Anxiety7	1.9667	.96431	30

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Anxiety1	14.8333	22.695	.811	.890
Anxiety2	15.4667	25.499	.652	.907
Anxiety3	15.7000	23.666	.791	.893
Anxiety4	15.5000	23.776	.812	.891
Anxiety5	16.0000	24.414	.839	.889
Anxiety6	15.8000	23.062	.860	.885
Anxiety7	16.3000	27.803	.395	.932

#### Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
18.2667	32.754	5.72311	7



#### 4. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ

##### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.919	7

##### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Eff1	3.9333	.63968	30
Eff2	3.8000	.76112	30
Eff3	3.8667	.73030	30
Eff4	4.0667	.58329	30
Eff5	4.0333	.55605	30
Eff6	4.1000	.60743	30
Eff7	4.2000	.55086	30

##### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Eff1	24.0667	10.409	.620	.919
Eff2	24.2000	9.614	.675	.917
Eff3	24.1333	9.292	.798	.902
Eff4	23.9333	9.857	.869	.895
Eff5	23.9667	10.516	.708	.911
Eff6	23.9000	9.679	.881	.893
Eff7	23.8000	10.372	.762	.906

## Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
28.0000	13.379	3.65777	7

## 5. ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.859	7



## Item Statistics

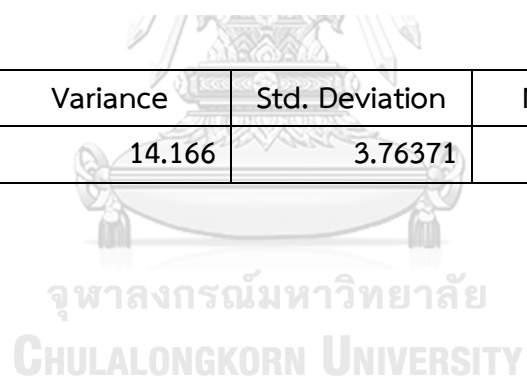
	Mean	Std. Deviation	N
Depress1	2.3000	.70221	30
Depress2	2.2667	.73968	30
Depress3	2.2000	.76112	30
Depress4	2.1333	.77608	30
Depress5	2.0333	.80872	30
Depress6	2.1000	.60743	30
Depress7	2.1667	.69893	30

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Depress1	12.9000	10.231	.766	.820
Depress2	12.9333	11.168	.496	.858
Depress3	13.0000	10.207	.695	.829
Depress4	13.0667	10.133	.694	.829
Depress5	13.1667	9.661	.766	.818
Depress6	13.1000	11.472	.565	.848
Depress7	13.0333	11.689	.416	.867

## Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
15.2000	14.166	3.76371	7



### 8. ค่าความเที่ยงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.818	10

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SocialSupport1	3.9333	.73968	30
SocialSupport2	3.2333	.93526	30
SocialSupport3	3.6000	.72397	30
SocialSupport4	3.9000	.71197	30
SocialSupport5	3.9667	.61495	30
SocialSupport6	4.3000	.59596	30
SocialSupport7	3.8333	.87428	30
SocialSupport8	3.6000	.62146	30
SocialSupport9	3.8000	.71438	30
SocialSupport10	4.3000	.53498	30

## Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SocialSupport1	37.8667	19.154	.604	.792
SocialSupport2	38.5667	17.426	.680	.781
SocialSupport3	38.2000	19.614	.542	.798
SocialSupport4	37.9000	18.990	.664	.787
SocialSupport5	37.8333	21.247	.351	.814
SocialSupport6	37.5000	20.397	.532	.801
SocialSupport7	37.9667	19.757	.398	.814
SocialSupport8	38.2000	21.200	.354	.814
SocialSupport9	38.0000	20.828	.349	.815
SocialSupport10	37.5000	21.569	.354	.814

## Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
38.8000	23.614	4.85940	10

ตาราง คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศ จำแนกตามรายชื่อ  
(n = 124)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
1. ท่านไม่มีความสุขกับการมีเพศสัมพันธ์เหมือนที่เคย	2.16	1.23
2. คู่ ของท่านไม่มีความสุขกับการมีเพศสัมพันธ์เหมือนที่เคย	2.50	.70
3. กรุณาเลือกตอบตามเพศของท่าน ชาย ข้อ 3.1 ท่านมีอวัยวะเพศไม่แข็งตัวหรือปัญหาอื่นๆเกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์ หญิง ข้อ 3.2 ท่านมีอาการเจ็บอวัยวะเพศหรือปัญหาอื่นๆเกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์	2.18	1.09
4. กรุณาเลือกตอบตามเพศของท่าน ชาย ข้อ 4.1 คู่ ของท่านมีอาการเจ็บปวดหรือปัญหาอื่นๆเกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์ หญิง ข้อ 4.2 คู่ ของท่านมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัวหรือปัญหาอื่นๆเกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์	2.12	1.02
5. ท่านชอบมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งเหมือนเช่นเคย	2.74	.88
6. คู่ ของท่าน มีความต้องการในการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่า ความต้องการของท่าน	2.475	1.19
7. ท่านมีความต้องการในการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่า ความต้องการของ คู่ ของท่าน	2.36	1.17
8. ท่านมีความต้องการในการมีเพศสัมพันธ์ ลดลง	2.65	1.04
9. ท่านมีความต้องการในการถึงจุดสุดยอด เพิ่มขึ้น	2.28	.68
10. ท่านมักจะฝัน จินตนาการ หรือมีความต้องการมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้ง	2.38	1.00
11. คู่ ของท่านมักจะฝัน จินตนาการ หรือมีความต้องการมีเพศสัมพันธ์กับท่านบ่อยครั้ง	2.18	.91
12. ท่านมักสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองบ่อยครั้ง	2.64	.78
13. ท่านปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของท่าน เป็นบางครั้งถึงแม้จะมีความต้องการ	2.41	.72
14. อวัยวะเพศของท่านตอบสนองต่อความต้องการทางเพศ ความฝันหรือจินตนาการตามปกติ	2.62	.71
15. ท่านเป็นฝ่ายเริ่มต้นในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของท่าน	2.75	1.10
16. ท่านมีการตื่นตัวทางเพศอย่างมากขณะมีเพศสัมพันธ์	2.60	.76
17. ท่านมีความสุขกับการตื่นตัวทางเพศที่เกิดขึ้นในระยะก่อนและขณะและหลังการมีเพศสัมพันธ์	2.76	.67
18. กรุณาเลือกตอบตามเพศของท่าน ชาย ข้อ 18.1 ท่านมีการแข็งตัวของอวัยวะเพศระหว่างกระบวนการมีเพศสัมพันธ์ทั้งหมด หญิง ข้อ 18.2 ท่านมีน้ำหล่อลื่นเพียงพอระหว่างกระบวนการมีเพศสัมพันธ์ทั้งหมด	2.74	1.00
19. ท่านมีความพึงพอใจเมื่อถึงจุดสุดยอดในการมีเพศสัมพันธ์	3.00	.91

ตาราง คะแนนร้อยละการตอบคำถามถูก-ผิด ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ จำแนกตามรายชื่อ (n = 124)

ข้อความ	ตอบ คำถาม ถูกต้อง (ร้อยละ)	ตอบ คำถาม ผิด (ร้อยละ)
1. สัญญาณอันตรายที่ต้องแจ้งแพทย์ทราบ ได้แก่ อาการ หายใจเร็ว ใจ สั่น รู้สึกหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นนานมากกว่า 15 นาที ภายหลัมี เพศสัมพันธ์	73.4	26.6
2. การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ช่วยให้ผ่อนคลายและทำให้ การทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้น	36.4	63.6
3. ยาบางชนิดที่ใช้สำหรับรักษาความดันโลหิตสูง ความวิตกกังวล หรือ อาการซึมเศร้าอาจมีผลกระทบทางลบกับการมีเพศสัมพันธ์	85.0	15.0
4. ท่านไม่ควรแสดงออกถึงความกลัวในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของท่าน	63	37
5. ภายหลัการมีเพศสัมพันธ์ถ้าหัวใจเต้นเร็ว นานมากกว่า 15 นาทีถือว่า ปกติ	39.3	60.7
6. ภายหลัอาการหัวใจกำเริบโดยทั่วไปสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ภายในเวลา 2-4 สัปดาห์ ภายหลัการประเมินจากแพทย์ว่าปลอดภัย	34.7	65.3
7. การพักผ่อนที่เพียงพอจะเป็นประโยชน์ก่อนเริ่มการมีเพศสัมพันธ์	56.1	43.9
8. การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองและการร่วมเพศทางปาก ถือว่าเป็น อันตรายกับหัวใจมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ	59	41
9. ท่านควรเลือกใช้ท่าปกติหรือท่าในการร่วมเพศที่คุ้นเคย เพื่อลดความ ตื่นเต้นและไม่ทำให้รู้สึกเหนื่อยขณะมีเพศสัมพันธ์	49.1	50.9
10. หากท่านคิดว่ายารักษาโรคหัวใจเป็นสาเหตุของปัญหาที่ทำให้การทำ หน้าที่ทางเพศลดลง ท่านควรหยุดยาทันที	82.1	17.9
11. ภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองทางอารมณ์เกิดขึ้นได้ปกติ ภายหลั จากการเป็นโรคหัวใจ	41	59
12. การตอบสนองที่ปกติระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตและการหายใจ	32.9	61.7
13. การพูดคุยบอกความรู้สึกของการเป็นโรคหัวใจของท่านจะช่วยให้การ กลับมามีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสของท่านดีขึ้น	68.2	31.8
14. ภายหลัการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วควรมีเพศสัมพันธ์ให้บ่อยกว่า ก่อนรับการรักษา	37.4	65.3
15. ช่วงเวลาที่ที่ดีที่สุดสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ คือ ช่วงเย็นหรือค่ำเมื่อท่าน รู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น	20.2	79.8

ข้อความ	ตอบ คำถาม ถูกต้อง (ร้อยละ)	ตอบ คำถาม ผิด (ร้อยละ)
16. การเล่าโลมทางเพศช่วยให้ท่านผ่อนคลายมากขึ้น และช่วยลดการทำงานของหัวใจได้	85.5	14.5
17. การเปลี่ยนสถานที่สำหรับการมีเพศสัมพันธ์บ่อยๆ จะทำให้ท่านรู้สึกตื่นเต้นมากขึ้น ซึ่งเป็นผลดีกับโรคหัวใจ	39.3	60.7
18. ในกรณีที่ท่านมีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ ท่านควรหยุดและพัก	78	22
19. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักสามารถทำได้เหมือนการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดเนื่องจากมีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจน้อยกว่า	81.5	18.5
20. การนอนไม่หลับและอาการเหนื่อยล้าเป็นเรื่องปกติหลังการมีเพศสัมพันธ์	49.1	50.9
21. ท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ภายหลังมื้ออาหารไปแล้ว 2-3 ชั่วโมง	68.8	31.2
22. ความรู้สึกโกรธของท่านที่มีต่อคู่สมรสเป็นเรื่องปกติหากคู่สมรสของท่านไม่มีการร่วมเพศกับท่านเพราะท่านเป็นโรคหัวใจ	81.5	18.5
23. ท่านควรรายงานแพทย์ของท่านเกี่ยวกับความรู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกระหว่างการมีเพศสัมพันธ์	91.3	8.7
24. ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในที่ร้อนหรือเย็นเกินไป	56.1	43.9
25. หากท่านรู้สึกตึงเครียดหรือเหนื่อยล้า ท่านไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ เพราะจะเป็นการเพิ่มการทำงานของหัวใจ	83.8	16.2



ตาราง คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความวิตกกังวลทางเพศ จำแนกตามรายข้อ  
(n = 124)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD
1. ท่านรู้สึกกังวลใจเมื่อคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน	3.55	1.17
2. ท่านรู้สึกลุ่มใจเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน	3.52	1.14
3. ท่านรู้สึกยุ่งยากใจเมื่อคิดถึงการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน	3.50	1.14
4. ท่านรู้สึกกังวลใจเมื่อท่านมีเพศสัมพันธ์	3.54	1.17
5. ท่านรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน	3.45	1.08
6. ท่านรู้สึกกดดันเมื่อมีการคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน	3.44	1.08
7. ท่านรู้สึกหวาดกลัวในการมีเพศสัมพันธ์	3.38	1.10

ตาราง คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ  
จำแนกตามรายข้อ (n = 124)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD
1. ท่านคิดว่าท่านมีความสามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของท่าน	3.46	.60
2. ท่านมั่นใจว่าความต้องการทางเพศของท่านได้ถูกเติมเต็ม	3.60	.79
3. ท่านเชื่อมั่น/มั่นใจว่าการมีพฤติกรรมทางเพศของท่านสามารถแสดงออกได้อย่างสมบูรณ์แบบ	3.65	1.28
4. ท่านเชื่อมั่น/มั่นใจว่าท่านสามารถจัดการกับความต้องการทางเพศของท่าน	3.70	.94
5. ท่านเชื่อมั่น/มั่นใจว่าท่านมีประสิทธิภาพในการดูแลความต้องการทางเพศของท่านได้	3.27	.93
6. ท่านเชื่อมั่น/มั่นใจในความสามารถในการตอบสนองทางเพศของท่าน	3.45	.56
7. ท่านเชื่อมั่น/มั่นใจว่าท่านสามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของคู่ของท่าน	3.21	.84

ตาราง คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาวะซึมเศร้าทางเพศ จำแนกตามรายข้อ  
(n = 124)

ข้อความ	X	SD
1. ท่านรู้สึกหดหู่กับคุณภาพการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน (-)	2.53	.95
2. ท่านรู้สึกผิดหวังกับคุณภาพการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน (-)	2.76	1.14
3. ท่านรู้สึกท้อแท้กับคุณภาพการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน (-)	2.71	1.16
4. ท่านไม่มีความสุขเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน (-)	2.60	1.03
5. ท่านรู้สึกเศร้าเมื่อท่านคิดถึงการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน (-)	2.46	.90
6. โดยทั่วไป ท่านรู้สึกมีความสุขกับการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน (+)	3.17	.91
7. ท่านรู้สึกดีเกี่ยวกับชีวิตด้านเพศโดยรวมของท่าน (+)	3.36	1.03

ตาราง คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การสนับสนุนทางสังคมจำแนกตามรายข้อ  
(n = 124)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD
1. คู่ของท่านจะตอบสนองเมื่อท่านมีความต้องการทางเพศ ในแบบร่วมเพศกับท่าน	3.93	1.14
2. ท่านสามารถระบายความเศร้าเรื่องเพศสัมพันธ์กับคู่ของท่าน	3.92	0.92
3. คู่ของท่านจะช่วยท่านตัดสินใจเมื่อท่านมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	3.92	1.12
4. คู่ของท่านช่วยพาท่านไปพบแพทย์เมื่อท่านมีอาการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์	3.91	1.01
5. ท่านสามารถพูดปัญหาเรื่องพฤติกรรมทางเพศกับคู่ของท่านได้	3.55	0.51
6. คู่ของท่านห่วงใยความรู้สึกของท่านเสมอ	3.93	1.37
7. คู่ของท่านให้กำลังใจเมื่อท่านล้มเหลวจากการมีเพศสัมพันธ์	3.52	1.30
8. เมื่อท่านมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์คู่ครองจะแนะนำให้ไปพบแพทย์	3.27	1.47
9. คู่ของท่านจัดยาให้ท่านรับประทานทันทีเมื่อท่านมีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์	3.99	1.20
10. คู่ของท่านเข้าใจและยอมรับได้กับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะมีเพศสัมพันธ์ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ เป็นต้น	4.46	1.23


## ผลการวิเคราะห์ ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของตัวแปรที่ศึกษา

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Efficiency	.469	124	.161	.766	124	.125
Severity	.553	124	.175	.636	124	.178
Knowledge	.384	124	.216	.950	124	.226
Depress	.414	124	.139	.893	124	.303
Anxiety	.491	124	.154	.860	124	.312
Socialsupport	.566	124	.178	.804	124	.412
Fun	.688	124	.239	.659	124	.203

a. Lilliefors Significance Correction

พิจารณาการแจกแจงแบบปกติด้วยสถิติ Shapiro-Wilk W test พบตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดมีค่า Sig มากกว่าค่าแอลฟา ( $> .05$ ) หมายความว่าไม่ Sig หรือยอมรับ  $H_0$  หรือไม่มีนัยสำคัญที่จะปฏิเสธ  $H_0$  กล่าว คือ ชุดข้อมูลนี้มีการแจกแจงแบบปกติ



ภาคผนวก ซ  
ตารางสรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคำศัพท์  
ที่ใช้ในการศึกษาเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคำศัพท์ที่ใช้ในการศึกษาเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจ

ผู้แต่ง	การให้ความหมาย	คำศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา						
		Sexual behavior พฤติกรรมทางเพศ	Sexual response การตอบสนองทางเพศ	Sexual Activity กิจกรรมทางเพศ	Sexual function การทำหน้าที่ทางเพศ	Sexual Dysfunction ฟรื่องการทำหน้าที่ทางเพศ	Sexual Intercourse การมีเพศสัมพันธ์	Sexual satisfaction ความพึงพอใจทางเพศ
Master and Johnson (1966)	การแสดงออกของมนุษย์เมื่อมีความต้องการทางเพศ หรืออุกกระตุนเพื่อพร้อมร่วมเพศ 4 ระยะ 1. ระยะตื่นตัวทางเพศ (excitement phase) 2. ระยะเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย (plateau phase) 3. ระยะสุขสุดยอดทางเพศ (orgasmic phase) 4. ระยะกลับคืน (resolution phase)	✓	✓		✓			
MCCANN (1989)	พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของมนุษย์ เป็นการแสดงออกถึงความสัมพันธ์ซึ่งจะ โยงไปถึงอารมณ์ ความรัก ความพึงพอใจ ความอบอุ่น และความเอื้ออาทรต่อกันของคู่รัก			✓				✓
Master, Johnson, and 3. Kolodny (1995: 217 อ้างถึงใน ประภาพร ดองโพธิ์, 2554: 37)	การร่วมเพศ การจินตนาการทางเพศ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง			✓				
Klein et al, (2007)	คุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศ ความถี่ และความพึงพอใจ ในการ การร่วมเพศ			✓				✓

ผู้แต่ง	การให้ความหมาย	คำศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา						
		Sexual behavior พฤติกรรมทางเพศ	Sexual response การตอบสนองทางเพศ	Sexual Activity กิจกรรมทางเพศ	Sexual function การทำหน้าที่ทางเพศ	Sexual Dysfunction พร่องการทำหน้าที่ทางเพศ	Sexual Intercourse การมีเพศสัมพันธ์	Sexual satisfaction ความพึงพอใจทางเพศ
Steinke (2008)	การมีเพศสัมพันธ์		✓					
Oskay (2014)	การทำหน้าที่ทางเพศ 1. ความต้องการทางเพศ (desire) 2. การเล้าโลม (arousal) 3. การหลั่งของน้ำหล่อลื่น (lubrication) 4. การถึงจุดสุดยอด (orgasm)		✓	✓	✓			✓
Steinke (2015)	การมีเพศสัมพันธ์		✓					✓
Xu (2015)	การมีเพศสัมพันธ์		✓	✓				✓
Mourad (2017)	ความพร้อมในการมีเพศสัมพันธ์ การทำหน้าที่ทางเพศที่ผิดปกติ 1. การถึงจุดสุดยอด (ejaculation) 2. การแข็งตัวของอวัยวะเพศ (erection) 3. ความตื่นเต้น (sexual excitement) 4. ความสุข (enjoyment) 5. ความพึงพอใจ (satisfaction)		✓	✓	✓	✓		



ผู้แต่ง	การให้ความหมาย	คำศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา						
		Sexual behavior พฤติกรรมทางเพศ	Sexual response การตอบสนองทางเพศ	Sexual Activity กิจกรรมทางเพศ	Sexual function การทำหน้าที่ทางเพศ	Sexual Dysfunction ฟังก์ชันการทำงานที่บกพร่องทางเพศ	Sexual Intercourse การมีเพศสัมพันธ์	Sexual satisfaction ความพึงพอใจทางเพศ
Gotowski (2017)	การทำหน้าที่ทางเพศ ในการร่วมเพศ 1. การแข็งตัวของอวัยวะเพศ (erectile function) 2. การร่วมเพศ (intercourse satisfaction) 3. ความต้องการทางเพศ (sexual desire) 4. การถึงจุดสุดยอด (orgasmic function) 5. ความพึงพอใจโดยรวม (overall satisfaction)				✓			
Katka et al, (2017)	การร่วมเพศ 1. การแข็งตัวของอวัยวะเพศ (erectile function) 2. การร่วมเพศ (intercourse satisfaction) 3. ความต้องการทางเพศ (sexual desire) 4. การถึงจุดสุดยอด (orgasmic function) 5. ความพึงพอใจโดยรวม (overall satisfaction)		✓					
มงจิต อัครวิกุล (2542)	การแสดงออกทางเพศทั้งร่วมเพศและไม่ร่วมเพศ	✓						
ธนิดา เขียรธำรงสุข (2543)	การมีเพศสัมพันธ์				✓		✓	

ผู้แต่ง	การให้ความหมาย	คำศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา							
		Sexual behavior พฤติกรรมทางเพศ	Sexual response การตอบสนองทางเพศ	Sexual Activity กิจกรรมทางเพศ	Sexual function การทำหน้าที่ทางเพศ	Sexual Dysfunction ฟรื่องการทำหน้าที่ทางเพศ	Sexual Intercourse การมีเพศสัมพันธ์	Sexual satisfaction ความพึงพอใจทางเพศ	
วินิตย์ หลงละเล็ง (2546)	การมีเพศสัมพันธ์		✓						
วินิตย์ หลงละเล็ง (2552)	การแสดงออกทางเพศทั้งร่วมเพศและไม่ร่วมเพศ	✓							
สมพร งามวิสัย (2553)	เพศสัมพันธ์ คือ การกระตุ้นและการกระทำทางเพศ ซึ่งเป็นแรงผลักดันทางกายภาพที่สำคัญของมนุษย์ ใ้ไม่มีพฤติกรรมทางเพศ	✓							
ชญญา อุตศิริพานิช (2553)	การแสดงออกทางเพศทั้งร่วมเพศและไม่ร่วมเพศ	✓							
ประภาพร ดองโพธิ์ (2554)	การมีเพศสัมพันธ์		✓						
นาริลักษณ์ ถิ่นพวยัพ (2558)	การปฏิบัติทางเพศ การทำงานและการตอบสนองของร่างกายและจิตใจด้านเพศ				✓				

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า: มีการศึกษาเรื่องเพศในผู้วัยรุ่นหัวใจโดยมีการใช้คำศัพท์ที่หลากหลายกล่าวโดยสรุปว่าการทำหน้าที่ทางเพศ เป็นกรกระทำหรือการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศทั้งชายและหญิง เพื่อตอบสนองความต้องการในการมีเพศสัมพันธ์หรือกิจกรรมทางเพศ อันเกิดจากการกระตุ้นด้านร่างกายและจิตใจทำให้เกิดการตื่นตัวโดยมีการตอบสนองทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการแสดงออกทางพฤติกรรมเป็นไปโดยอัตโนมัติ มีการเปลี่ยนแปลงในสรีระวิทยาของร่างกายมีการหลั่งของน้ำหล่อลื่นและจะจบลงด้วยความสุขและความพึงพอใจทางเพศ

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นาวาตรีหญิงพรรษา บุญเรือง
วัน เดือน ปี เกิด	12 กรกฎาคม 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดเชียงใหม่
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ พ.ศ. 2550 หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ภาค ภาษาอังกฤษ) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ พ.ศ. 2556



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY