

ปัจจัยทำนวยพุดิกรรททงเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตยเพศชย



นางสาวชญญา อุทศสิริพานิช

ศูนย์วิทยพัทพยกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF SEXUAL BEHAVIORS AMONG MALE PATIENTS WITH
MYOCARDIAL INFARCTION



Miss Shunya Uthassiripanich

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เพศชาย

โดย

นางสาวชญญา อุทศสิริพานิช

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... กณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ชญญา อุทศศิริพานิช: ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย (PREDICTING FACTORS OF SEXUAL BEHAVIORS AMONG MALE PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION) อ. ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศศ. คร. นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ, 187 หน้า.

การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศและอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายวัยผู้ใหญ่จำนวน 143 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .92, .82, .91, .87, .85, .82, และ .87 ตามลำดับ (ยกเว้นแบบประเมินความรุนแรงของโรค) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยพหุคูณ ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย มีพฤติกรรมทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.54, SD = 5.67$)
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($r = .652, .645$ และ $.394$ ตามลำดับ) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($r = -.610, -.557, -.458$ และ $-.368$ ตามลำดับ)
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ได้ร้อยละ 57.8

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต..... *ชญญา อุทศศิริพานิช*
ปีการศึกษา.....2553.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... *นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ* / *8/10/53*

5277565636: MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: SEXUAL BEHAVIORS / ADULT / MYOCARDIAL INFARCTION

SHUNYA UTHASSIRIPANICH: PREDICTING FACTORS OF SEXUAL BEHAVIORS AMONG MALE PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 187 pp.

The purposes of this predictive correlational research were to examine sexual behaviors and to examine the predictability of predicting factors; sexual satisfaction, perceived sexual self-efficacy, sexual anxiety, sexual depression, severity of disease, perceived sexual barriers, and social support among male patients with myocardial infarction. One hundred and forty-three male adult out-patients with myocardial infarction were recruited from a multistage random sampling in the cardio clinic at Bhumibol Adulyadej Hospital Royal Thai Air Force and Thammasat Commemoration Hospital. The instruments used for data collection were the demographic data, sexual behaviors questionnaire, sexual satisfaction, sexual self-efficacy, sexual anxiety, sexual depression, the severity of disease assessment (SDA), perceived sexual barriers, and social support. All questionnaires except for the SDA were tested for content validities by five panel of experts, and the reliabilities were .92, .82, .91, .87, .85, .82, and .87, respectively. Multiple regression was used to analyze data. The results revealed:

1. The mean score of sexual behaviors among male patients with myocardial infarction was moderate ($\bar{X} = 12.54$, $SD = 5.67$).
2. Perceived sexual self-efficacy, sexual satisfaction and social support were positively related to sexual behaviors among male patients with myocardial infarction ($r = .652$, $.645$ and $.394$ respectively). Sexual depression, sexual anxiety, perceived sexual barriers and severity of disease were negatively related to sexual behaviors among male patients with myocardial infarction ($r = -.610$, $-.557$, $-.458$ and $-.368$ respectively).
3. Perceived sexual self-efficacy, sexual satisfaction, sexual depression, sexual anxiety, perceived sexual barriers, social support, and severity of disease were good predictors for sexual behaviors. Variables accounted for 57.8% of total variance in sexual behaviors.

Field of Study : Nursing Science

Student's Signature : *Shunya Uthassiripanich*

Academic Year : 2010

Advisor's Signature : *Noraluk Ua-kit*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง เพื่อให้คำแนะนำ ปรึกษาและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาและเอาใจใส่อย่างดียิ่งจนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์และให้คำแนะนำในเรื่องสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อนุญาตให้ทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและเพื่อนร่วมงานที่ให้โอกาสให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษา

ขอขอบคุณเพื่อนๆ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ เพื่อนร่วมรุ่นและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนงานวิจัยนี้เป็นบางส่วน

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่สาวและน้องสาวที่เป็นกำลังใจ สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือจนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ ตลอดจนกำลังใจทั้ง 7 คุณความดี และประโยชน์ใดๆ ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์นี้ผู้วิจัยขอมอบแก่บุพการี ครูบาอาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
คำถามการวิจัย.....	9
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	17
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	19
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย	32
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	
เพศชาย.....	38
บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศ	
ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย.....	54
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57

บทที่	หน้า
3	วิธีดำเนินการวิจัย..... 68
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 68
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 70
	เก็บรวบรวมข้อมูล 81
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 83
	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 84
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 86
5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ..... 98
	สรุปผลการวิจัย..... 100
	อภิปรายผลการวิจัย..... 102
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 115
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... 116
	รายการอ้างอิง..... 117
	ภาคผนวก..... 129
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ..... 130
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการ ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย..... 132
	ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 142
	ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... 164
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 187

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	81
2	แสดง วัน เวลา และคลินิกที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล.....	82
3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรค อาชีพ การรักษาที่ได้รับ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ให้คำแนะนำ ความต้องการได้รับคำปรึกษา ด้านเพศสัมพันธ์ สิ่งที่ต้องการทราบเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ และการมีพฤติกรรมทางเพศภายหลังจากเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	87
4	แสดงค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง.....	90
5	แสดงจำนวน ร้อยละของระดับความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง.....	91
6	แสดงค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ พฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ และพฤติกรรมทางเพศโดยรวม.....	91
7	แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation).....	92
8	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis).....	94

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	67



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของทุกประเทศ โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2020 จะมีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นเป็น 25 ล้านคน โดยจำนวนนี้พบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา 19 ล้านคน และในกลุ่มประเทศที่พัฒนาจำนวน 6 ล้านคน (World Health Organization, [WHO], 2002) ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบว่าสถิติการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2547-2551 พบมีอัตราการเสียชีวิตดังนี้ 26.8, 28.2, 28.4, 29.3, และ 29.8 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับต้นๆ ของกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยจำนวนนี้พบว่าเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง ในปัจจุบันนี้พบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในเพศชายเริ่มพบได้ตั้งแต่อายุ 15-24 ปี แต่พบมากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 45-59 ปี รองลงมาพบในช่วงอายุ 25-44 ปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2552) ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากกว่าเพศหญิง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะเครียด และการรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ดที่ไม่ไขมันมาก เป็นต้น

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่เกิดจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเกิดภาวะขาดเลือด สาเหตุสำคัญส่วนใหญ่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตีบ (Ammann et al., 2000) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานานจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นตาย (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2550) ส่งผลให้สมรรถภาพการทำงานของหัวใจและประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อย อ่อนเพลียง่ายเมื่อออกแรงหรือมีกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อก และอาจเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นได้อย่างกะทันหัน (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; จริยา ตันดิธรรม, 2547) ผลกระทบจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมลดลงรวมถึงพฤติกรรมทางเพศ (Mosack and Steinke, 2009) เนื่องจากความกลัวว่าอาการของโรคจะกำเริบและรุนแรงมากขึ้น (Lunelli et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยหลังจากเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศในรูปแบบที่มีการร่วมเพศลดลง (วินิตย์ หลงละเลิง, 2552) และจากการศึกษาของ Drory, Kravetz, and Weingarten (2000) พบว่าเพศหญิงก่อนและหลังเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงมากกว่าเพศชาย แต่หลังจากเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงไม่แตกต่างกัน แสดงว่าเพศหญิงก่อนเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงอยู่แล้วหลังจากเป็น โรคจึงทำให้มีพฤติกรรมทางเพศลดลงมากขึ้น แต่เพศชายก่อนเป็น โรค พฤติกรรมทางเพศคงเดิมไม่ได้ลดลง จึงทำให้มีการศึกษาเพิ่มเติมว่าสาเหตุที่เพศหญิงมีพฤติกรรมทางเพศลดลงมากกว่าเพศชายเนื่องจากอะไร โดย Drory, Kravetz, and Hischberger (2002) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศระหว่างเพศหญิงและชายก่อนเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 ปี โดยเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เป็น โรค พบว่าเพศหญิงก่อนเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงแตกต่างกับบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เป็น โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เพศชายก่อนเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยังคงมีพฤติกรรมทางเพศปกติไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด เมื่อศึกษาสาเหตุที่ทำให้เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมทางเพศลดลงนั้นพบว่ามี ความแตกต่างกัน ในเพศหญิงมีพฤติกรรมทางเพศลดลงเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเพศเมื่ออายุมากขึ้นโดยธรรมชาติ และจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของคู่สมรส (Steinke et al., 2008) ซึ่ง อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงบางรายเกิดอาการเบื่อที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ แต่สาเหตุที่เพศชายมี พฤติกรรมทางเพศลดลงเนื่องจากอายุที่มากขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี รับประทานยาบางชนิดที่มี ผลข้างเคียง และจากอวัยวะเพศไม่แข็งแรง (Steinke et al., 2008) ทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผลทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Lukkarinen and Lukkarinen, 2007; Maroto-Montero et al., 2008)

โรคหลอดเลือดหัวใจมีผลทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (DeBusk, 2005) ในขณะที่เพศชายมีความต้องการทางเพศมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากฮอร์โมน Testosterone ซึ่งเป็น ฮอร์โมนที่ทำให้เกิดความต้องการทางเพศพบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง แต่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเป็นฮอร์โมนเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่า การลดลงของฮอร์โมนของเพศหญิง ต่างจากเพศชาย โดยเพศหญิงเมื่อเข้าสู่วัยทองรังไข่จะหยุดทำงานการสร้างฮอร์โมนเพศจะหมดไป อย่างรวดเร็ว แต่สำหรับเพศชายฮอร์โมนเพศจะค่อยๆ ลดลง (พันซ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์, 2548) ส่งผลให้ เพศชายร้อยละ 70 มีความตื่นตัวทางเพศมากกว่าเพศหญิง และร้อยละ 50 สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ ถึงอายุ 75 ปี (เพ็ญพิไล ฤทธาณานนท์, 2549) แต่เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะเพศ ลดลง ร่วมกับความกลัวว่าการมีพฤติกรรมทางเพศจะทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้นและอาจ

เสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ (ชนิดา เขียรดำรงสุข, 2543) ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีพฤติกรรมทางเพศลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายกลัวที่จะมีพฤติกรรมทางเพศภายใน 6 เดือนหลังจากเป็นโรค (Mosack and Steinke, 2009) เพราะกลัวว่าจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกหรือมีอาการกำเริบ และเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ (Steinke and Wright, 2006) นอกจากนี้ ยังพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงจากอาการหย้อนสมรรถภาพทางเพศเนื่องจากระดับฮอร์โมนที่ลดลงจากอายุที่เพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่และดื่มสุราจะทำให้เกิดการหย้อนสมรรถภาพทางเพศได้ถึงร้อยละ 45 และ 54 ตามลำดับ (อนุพันธ์ ดันตวิงศ์, 2544) และผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีอัตราการเกิดอาการหย้อนสมรรถภาพทางเพศได้ถึงร้อยละ 38-78 โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากมีระดับคลอเลสเตอรอลสูงส่งผลต่อการไหลเวียนของโลหิตไปทั่วร่างกายทำให้เกิดปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศผิดปกติ (Maroto-Montero et al., 2008) สอดคล้องกับ Dhabuwala, Kumar, and Pierce (1986) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีปัญหาความผิดปกติในการมีพฤติกรรมทางเพศร้อยละ 76 จากปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัวมีการหลั่งเร็ว และไม่ถึงจุดสุดยอดถึงร้อยละ 42 ทำให้ไม่สามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้ตามปกติเหมือนเดิมส่งผลให้ความถี่และความต้องการทางเพศลดลง ผู้ชายที่เป็นโรคหัวใจจะมีโอกาสเกิดปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศมากกว่าผู้ชายทั่วไปถึง 2 เท่า สอดคล้องกับ Traeen and Olsen (2007) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจเพศชายอายุ 40-49 ปี มีปัญหาการหย้อนสมรรถภาพทางเพศร้อยละ 73 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคพบว่ามีปัญหาการหย้อนสมรรถภาพทางเพศเพียงร้อยละ 17 นอกจากนี้ยังพบว่า สภาพจิตใจมีผลต่อพฤติกรรมทางเพศได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว และยาบางชนิดเช่น Beta-blocker อาจส่งผลทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัวได้เช่นกัน (เอนก อารีพรรค และ สุวทนา อารีพรรค, 2539; วันชัย นัยรักษ์เสรี, 2546; Weiss, 1991; Mosack and Steinke, 2009)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนอกจากส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่าหลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลถึงความไม่ปลอดภัยต่อชีวิต เป็นสาเหตุให้ความต้องการทางเพศลดลง ผู้ป่วยบางรายกลัวว่าการออกกำลังกายในขณะที่มีเพศสัมพันธ์จะทำให้หัวใจวายและเสียชีวิตได้ (ชนิดา เขียรดำรงสุข, 2543) ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์ (Mosack and Steinke, 2009) สอดคล้องกับ Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจร้อยละ 50-70 มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าส่งผลให้ความต้องการทางเพศและความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง นอกจากนี้ พบว่าการไม่ได้รับความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเวลา

1 ปีภายหลังจากที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Steinke and Wright, 2006) ความสัมพันธ์ของคู่สมรสมักจะเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากกลัวว่าหากยังมีเพศสัมพันธ์กันอยู่จะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (ศิริอร สิ้นธ, 2526) สอดคล้องกับการศึกษาของ Briggs (1994) พบว่าคู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีความรู้สึกลึกซึ้งว่าการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างกระตันทัน ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ จึงพยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย ปัญหาเพศสัมพันธ์ทำให้เกิดความคับข้องใจแก่ตัวผู้ป่วยและภรรยา เมื่อเกิดปัญหาเป็นระยะเวลาาน โดยไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังนั้นหากสามีภรรยาไม่สามารถปรับตัวในเรื่องการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมจะทำให้ครอบครัวแตกแยก เกิดการหย่าร้าง และแยกทางได้ (Fugl-Meyer and Fugl-Meyer, 2002)

ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติภายหลังการพักฟื้นของหัวใจนาน 6-8 สัปดาห์และอาการของโรคคงที่ (Jackson, 2000) แต่ควรตรวจสอบความพร้อมของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์โดยเดินทางราบ 1 กิโลเมตรในเวลา 5 นาที หรือทำการเดินขึ้น-ลงบันได 20 ชั้นภายในเวลา 10 นาที ได้โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือหายใจเหนื่อยหอบ (Puksta, 1977) หรือทำการทดสอบโดยการเดินบนสายพาน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวใช้พลังงานเท่ากับ 5-6 METS ในขณะที่การมีพฤติกรรมทางเพศใช้พลังงานเพียง 2-4 METS (Debusk, 2000; Miner, 2006) แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ทำให้ผู้ป่วยกลัวไม่กล้าที่จะมีพฤติกรรมทางเพศ จึงพยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ถึงแม้ว่าสภาพร่างกายจะสามารถทำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Papadopoulos et al. (1980) พบว่าความกลัวในการกลับไปมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายและภรรยา มีความสัมพันธ์กับการได้รับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 และจากวัฒนธรรมประเพณีที่ถือว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ควรเปิดเผย (ธนิดา เขียรดำรงสุข, 2543) จากตัวผู้ป่วยเองที่ไม่กล้าซักถามเรื่องเพศสัมพันธ์กับแพทย์ พยาบาล เพราะกลัวถูกมองในแง่ไม่ดี โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุมาก เมื่อเกิดปัญหาไม่ทราบว่าจะปรึกษาใคร จึงได้พยายามแก้ปัญหาด้วยตนเองในทางที่ไม่ถูกต้อง (ศรีจิตรา บุญนาค, 2535; ธนิดา เขียรดำรงสุข, 2543) นอกจากนี้พบว่า การให้คำแนะนำและคำปรึกษาเกี่ยวกับด้านเพศสัมพันธ์จากพยาบาลมีน้อยมาก เนื่องจาก เรื่องพฤติกรรมทางเพศเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เป็นเรื่องส่วนตัวและเป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย ทำให้เกิดความอึดอัดระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการเริ่มการพูดคุยกันในเรื่องดังกล่าว (Briggs, 1994) จากการศึกษาของ Magnan, Galvin, and Reynolds (2006) พบว่าเจตคติของพยาบาลส่วนใหญ่เชื่อว่าการพูดคุยเรื่องพฤติกรรมทางเพศเป็นบทบาทของพยาบาล แต่

พยาบาลเกือบครึ่งที่คิดว่าการพูดคุยเรื่องพฤติกรรมทางเพศควรเริ่มต้นจากผู้ป่วยก่อน ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยร้อยละ 92 กลับมองว่าพยาบาลควรพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์กับตนก่อน เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความเข้าใจพยาธิสภาพของโรคและการปฏิบัติตนหลังจากเป็นโรคมกกว่าผู้ป่วย (Waterhouse and Metcalfe, 1991) เหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องจากพยาบาล

ในการศึกษาคั้งนี้ พฤติกรรมทางเพศ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกทางเพศของบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการอันเกิดจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก เป็นการแสดงออกของเพศสัมพันธ์ ซึ่งโยงใยถึงอารมณ์ ความรัก ความพึงพอใจ ความอบอุ่น และความเอื้ออาทรซึ่งกันและกันของคู่รัก แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่ไม่มีกรรมร่วมเพศ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกทางเพศของบุคคลในลักษณะที่ไม่มีกรรมร่วมเพศ ได้แก่ การจับมือ การโอบกอด การจูบหรือการหอมแก้ม การลูบคลำ การพูดคุยกับคนรักหรือคู่สมรสด้วยความหวังใย การพูดเปิดเผยในเรื่องเพศ การจินตนาการทางเพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง และ 2) พฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกทางเพศของบุคคลในลักษณะที่มีการร่วมเพศโดย Denny, Friedl, and Quadagno (1984) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การเล้าโลมก่อนการร่วมเพศ การร่วมเพศ และหลังร่วมเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีหลายปัจจัยได้แก่ อัดมโนทัศน์ทางเพศของ Steinke et al. (2008) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual satisfaction) 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual self-efficacy) 3) ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual anxiety) และ 4) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual depression) นอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรงของโรค (Severity of disease) การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual barriers) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย (Becker, 1974; Kaplan, Cassel, and Gore, 1977) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ดังนี้

อัดมโนทัศน์ทางเพศ เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ โดยบุคคลที่มีอัดมโนทัศน์ทางเพศดี บุคคลนั้นจะยังคงมีพฤติกรรมทางเพศได้ตามความต้องการของตน (Steinke et al., 2008) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual satisfaction) จะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ

ระหว่างเพศตรงข้าม เป็นความพอใจที่เริ่มจากความสนใจในรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัสจากเพศตรงข้าม ความพึงพอใจทางเพศมีความสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพต่างๆ รวมถึงสัมพันธ์ภาพทางเพศ เนื่องจากความพึงพอใจทางเพศจะเกิดขึ้นและคงไว้ได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองทางเพศ (วินิตย์ หลงละเลิง, 2552) Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจวายมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ 31 และไม่มีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 24 สอดคล้องกับ Jaarsma (2002) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีความพึงพอใจทางเพศลดลงถึงร้อยละ 40 ความพึงพอใจลดลงส่งผลให้พฤติกรรมทางเพศลดลง

2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual self-efficacy) การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีการรับรู้ว่าคุณเองสามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้โดยไม่เกิดผลกระทบหรืออันตรายต่อตนเอง ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงย่อมมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จ และจะคงพฤติกรรมนั้นไว้ถ้าพฤติกรรมนั้นเป็นประโยชน์หรือเกิดผลดีกับตน ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ จะทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นที่จะมีพฤติกรรมทางเพศ ทั้งนี้เนื่องจากความกลัวว่าการมีพฤติกรรมทางเพศจะเกิดอันตรายกับตนเองทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศลดลง

3) ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual anxiety) ความวิตกกังวลเป็นสาเหตุด้านจิตใจที่มีผลต่อความพึงพอใจทางเพศทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจมีพฤติกรรมทางเพศลดลง (Steinke and Wright, 2006) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายหลังจากเป็นโรคจะทำให้เกิดความวิตกกังวลกับโรคของตน เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัดใจ ตึงเครียดต่อเหตุการณ์ มีการคาดการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุณความมั่นคง ความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายจะมีความวิตกกังวลในการมีพฤติกรรมทางเพศ เนื่องจากความกลัวว่าอาการของโรคจะกำเริบและรุนแรงมากขึ้นหรืออาจทำให้เสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ (Lunelli et al., 2008) จากการศึกษาของ Vacanti and Caramelli (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 70 มีความกดดัน กลัวและวิตกกังวลว่าจะเกิดอันตรายขณะมีพฤติกรรมทางเพศจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีความวิตกกังวลที่จะกลับไปมีพฤติกรรมทางเพศภายใน 6 เดือนหลังจากเป็นโรค (Mosack and Steinke, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจมีความกังวลว่าแพทย์จะห้ามไม่ให้มีเพศสัมพันธ์และกังวลว่าจะทำให้ภรรยาของตนไม่ได้รับความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ (เอนก อารีพรรค และ สุวทนา อารีพรรค, 2539)

4) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual depression) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และขาดสมาธิไม่กล้าตัดสินใจ ขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการขาดความสนใจทางเพศ (Beck, 1967) ปัญหาทางอารมณ์ทำให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการทำงานของต่อมไร้ท่อซึ่งส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและสารสำคัญบางอย่างของสมอง (Neurotransmitters) รวมทั้งส่งผลให้ระดับฮอร์โมนของเพศชายลดต่ำลง (เอนก อารีพรค และ สุวัทนา อารีพรค, 2539) ทำให้ความต้องการทางเพศลดลงและการตอบสนองทางเพศลดลง (วันชัย นัยรักษ์เสรี, 2546) ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจมีพฤติกรรมทางเพศลดลง (Franche et al., 2003; Steinke et al., 2008)

นอกจากองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ ตามแนวคิดอ้อมโนทัศน์ทางเพศของ Steinke et al. (2008) ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศได้เช่นกัน ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ได้แก่

ความรุนแรงของโรค (Severity of disease) ความรุนแรงของโรคมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สบายและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมทางเพศ ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของโรคจึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยและภรรยาที่มีความวิตกกังวลหรือกลัวเสียชีวิตขณะมีพฤติกรรมทางเพศทำให้ผู้ป่วยหยุดการมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับ Hellerstein and Friedman (1970) พบว่าหลังจากได้รับการคุกคามจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะกลับไปมีเพศสัมพันธ์ช้าหรือเร็วขึ้นกับอาการของโรค ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมากกว่าจะมีอาการของโรคกำเริบบ่อยครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลงเพราะกลัวว่าอาการจะกำเริบ

การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual barriers) เป็นความเชื่อของบุคคลทางด้านลบที่เชื่อว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมทางเพศเนื่องจากจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ไม่สบายจากอาการเหนื่อย อาการอาจกำเริบได้ถ้าผู้ป่วยออกกำลังกายและอาจถึงแก่ชีวิตได้จึงทำให้ผู้ป่วยงดหรือหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมทางเพศ อาการเจ็บหน้าอกเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด (ผจงจิต อัสวิกุล, 2542)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากการศึกษาของ Schmalz et al. (2007) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่ไม่มีคู่สมรสจะมีอัตราการตายสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่มีคู่สมรส ซึ่งเพศชายจะมีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองน้อย แม้ในภาวะเจ็บป่วย จากอาการและภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยิ่งทำให้มีความยากลำบากในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ดังนั้นเพศชายจึงต้องการการดูแลจากคู่สมรส ทั้งการดูแลด้านสุขภาพรวมถึงการมีพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งหากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมทางเพศ

โดยการได้รับกำลังใจ การยอมรับ และความเข้าใจจากคู่สมรสจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะมีพฤติกรรมทางเพศได้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตน ดังเช่นการศึกษาของ Franche et al. (2003) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมากกว่าเพศหญิง

พฤติกรรมทางเพศมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย (Debusk et al., 2000; Fridlund, 2009) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศพบว่า งานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจพบเพียง 3-5 เรื่อง ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและไวต่อความรู้สึก สภาพสังคม และวัฒนธรรมของคนไทยมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ควรเปิดเผย เป็นเรื่องระหว่างสามีภรรยา ความยากลำบากในการเก็บข้อมูล เนื่องจากผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยข้อมูล ทำให้พบงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศมีน้อย รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์และมี 1 งานวิจัยที่ทำวิจัยเชิงคุณภาพ จากการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านจิตใจและด้านสังคมกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งเพศหญิงและชาย แต่ความจริงแล้วพฤติกรรมทางเพศของเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันผู้วิจัยมีความสนใจปัจจัยด้านจิตสังคมของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) มาศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย แต่เพื่อเป็นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค มาศึกษาเพิ่ม เนื่องจากพบว่า งานวิจัยที่ผ่านมาทั้งในบริบทในประเทศและต่างประเทศยังไม่มี ความชัดเจน เช่นการศึกษาของ ศิริอร สิ้นธุ (2526) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจ ผจงจิต อัครวิกุล (2542) ศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศด้านที่ไม่มีการร่วมเพศของผู้ป่วยสูงอายุเพศชายโรคหัวใจขาดเลือด และ Drory et al. (1998) ศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มาศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายเพื่อนำผลวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย และเพื่อให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง โดยการให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษา รับฟัง คำบอกเล่า ความต้องการ ความรู้สึก และสถานะของโรคของผู้ป่วยและคู่สมรส โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมทางเพศแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจ สามารถประเมินสุขภาพตนเองได้ว่ามีความพร้อมในการมีเพศสัมพันธ์และถ้ายังไม่พร้อมจะมีวิธีปฏิเสธและอธิบายให้คู่สมรสเข้าใจได้อย่างไร เพื่อลดปัญหา

การหย่าร้าง เพิ่มสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย
3. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายเป็นอย่างไร
2. ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายหรือไม่ อย่างไร
3. ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้หรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ แนวคิดของ Master and Johnson (1966) และ McCann (1989) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศเป็นการแสดงออกทางเพศสัมพันธ์ซึ่งจะโยงใยถึงอารมณ์ ความรัก ความพึงพอใจ ความอบอุ่นและความเอื้ออาทรซึ่งกันและกันของคู่รัก พฤติกรรมทางเพศไม่ได้หมายถึงการร่วมเพศเท่านั้น แต่รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ เช่น การจับมือ การโอบกอด การจูบหรือการหอมแก้ม การลูบคลำ การพูดคุยกับคนรักด้วยความห่วงใย การพูดเปิดเผยในเรื่องเพศ การจินตนาการทางเพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง สอดคล้องกับ Kinsey, Pomeroy, and Martin (1948) กล่าวว่าพฤติกรรมทางเพศ หมายถึงพฤติกรรมที่เป็นการระบายทางเพศของชายที่พบมากมี 6 ลักษณะ ได้แก่ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การฝันเปียก การแสดงความรักโดยการกอด จูบและลูบคลำ เพื่อให้ถึงจุดสุดยอด จากแนวคิดดังกล่าว ผงจิต อัสวิกุล (2542) และวินิตย์ หลงละเลิง (2552) ได้สรุปและนำมาศึกษาพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และแบ่งพฤติกรรมทางเพศเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ และพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมทางเพศทั้ง 2 รูปแบบ คือ 1) พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ได้แก่ กอด จูบหรือหอมแก้ม การลูบคลำ การพูดคุยกับคนรักหรือคู่สมรสด้วยความห่วงใย การพูดเปิดเผยเรื่องเพศ จินตนาการทางเพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง และ 2) พฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ ได้แก่ การเล้าโลมก่อนการร่วมเพศ การร่วมเพศ และหลังร่วมเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีปัจจัยในด้านต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายโดยแต่ละปัจจัยมีแนวคิด ดังนี้

ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual satisfaction) เป็นความรู้สึก มุมมองของบุคคลนั้นๆ ทางด้านบวกเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมทางเพศ (Steinke et al., 2008) จากการศึกษาของ Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจวายมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ 31 และ Jaarsma (2002) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีความพึงพอใจทางเพศลดลงถึงร้อยละ 40 สอดคล้องกับ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ศึกษาพบว่าความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .517$) และ Drory et al. (1998) ศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของเพศชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .001 ($r = .32$ และ $.42$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนเป็นโรคหัวใจสามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศในด้านความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ร้อยละ 23 ($R^2 = .23$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual self-efficacy) เป็นความเชื่อหรือความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้น ได้สำเร็จตาม จุดมุ่งหมาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการเชื่อมระหว่างการรับรู้กับการกระทำพฤติกรรม เพราะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดก่อนความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรม (Bandura, 1997) ซึ่ง Steinke et al. (2008) ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย โดย Steinke et al. (2008) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์เป็นความเชื่อใน ความสามารถของตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ได้ตามความต้องการของบุคคลนั้น วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .605$) สอดคล้องกับ Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$) เช่นเดียวกับ Yates, Price-Fowlkers, and Agrawal (2003) ศึกษาพบว่า การ รับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายระดับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 7.6 ($R^2 = .076$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual anxiety) เป็นความรู้สึกกลัว ไม่สบายใจ ตึงเครียดต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และกลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์จะเป็นอันตรายต่อตนเอง Steinke et al. (2008) กล่าวว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นความตึงเครียดและความ วิตกกังวลในมุมมองด้านเพศสัมพันธ์ในชีวิตของบุคคลนั้น จากการศึกษาของวินิตย์ หลงละเลิง (2552) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.388$) นอกจากนี้ ศิริอร สิ้นธุ (2526) ศึกษา พบว่าระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย โรคหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .78$) และความวิตกกังวลสามารถทำนาย พฤติกรรมทางเพศได้ร้อยละ 68.54 ($R^2 = .6854$) สอดคล้อง Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่า ความ วิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ได้ ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual depression) เป็นความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุข ขาดความสนใจในชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ส่งผลต่อร่างกายทำให้มีกิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร ความสนใจเรื่องเพศลดลง ทำให้มีความสุขทางเพศลดลง Steinke et al. (2008) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกเศร้า ไม่มีความสุขเกี่ยวกับสัมพันธ์ทางเพศ จากการศึกษาของ Ellis et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีการซึมเศร้าร้อยละ 38 ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อความถี่และความพึงพอใจในการมีพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายลดลง (Franche et al., 2003; Drory et al., 1998) สอดคล้องกับ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = -.512$) และ Drory et al. (1998) ศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ($r = -.16$ และ $-.14$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจตัวเดียวที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์โดยสามารถทำนายได้ ร้อยละ 32 และ 23 ตามลำดับ ($R^2 = .32$ และ $.23$ ตามลำดับ) และ Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยหัวใจวายได้ ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรุนแรงของโรค (Severity of disease) มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมทางเพศ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีระดับความรุนแรงของโรคต่างกัน โดยระดับความรุนแรงของโรคสามารถแบ่งได้จากความสามารถในการทำกิจกรรมและการประเมินอาการเจ็บหน้าอก (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) ผู้ที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มาก เนื่องจากไม่มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะที่ออกแรงหรืออาจมีอาการเพียงเล็กน้อยเมื่อพักอาการจะดีขึ้นสามารถทำกิจกรรมต่อได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 และ 4 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงจากอาการเจ็บหน้าอกต้องใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่สามารถมีกิจกรรมต่างๆ ได้เลย เพราะแม้แต่ในขณะที่พักยังมีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักส่งผลให้การมีพฤติกรรมทางเพศลดลง สอดคล้องกับ ศิริอร สินธุ (2526) ศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคสามารถร่วมทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยทำนายได้ ร้อยละ 68.68 ($R^2 = .6868$)

การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual barriers) เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ความไม่รู้ ความไม่สะดวกสบาย ความอายและความเจ็บปวด เป็นต้น ถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคสูงก็จะทำให้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ (Becker, 1974) จากการศึกษาของวินิตย์ หลงละเลิง (2552) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.322$)

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การช่วยเหลือของบุคคลและการรับรู้ของบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยที่บุคคลที่ให้การช่วยเหลือนั้นต้องมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมในเรื่องพฤติกรรมทางเพศควรเป็นภรรยาผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นในรูปแบบธรรมชาติ เช่น การให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางด้านอารมณ์ การสร้างความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก เป็นต้น หรือในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น การช่วยเหลือด้านการเงิน การรักษาและการนำส่งโรงพยาบาลเมื่ออาการของโรคกำเริบ เป็นต้น (Kapland et al., 1977) จากการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .433$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Drory et al. (1998) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ($r = .17$ และ $.12$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้ ร้อยละ 32 ($R^2 = .32$)

จากแนวคิดเหตุผลที่ได้จากข้อมูลการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย
2. ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

3. ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายวัยผู้ใหญ่ สถานภาพอยู่ด้วยกัน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างน้อย 2 เดือน มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1-4 (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรอิสระ คือ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม

2.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกและมุมมองทางด้านบวกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายในการมีเพศสัมพันธ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual self- efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในความสามารถของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายในการมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จตามความต้องการของตน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะ

แห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถาม การรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual anxiety) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย มีความรู้สึกกลัวใจ ไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ มีความเครียดเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์และการมีพฤติกรรมทางเพศของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual depression) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีความรู้สึกเศร้า หดหู่ หมดหวัง ผิดหวังในคุณภาพของตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นคนไร้สมรรถภาพทางเพศ ทำให้ไม่มีความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

ความรุนแรงของโรค (Severity of disease) หมายถึง ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย จำแนกตามอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ในระดับปกติ เช่น เดินหรือขึ้นบันไดโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จะเกิดอาการเมื่อทำงานอย่างหนักเป็นเวลานาน

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

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติอย่างชัดเจน เช่น เดิน 90-180 เมตร บนพื้นราบ และขึ้นบันได 1 ชั้นในภาวะปกติแล้วจะมีอาการเจ็บหน้าอก อาการไม่ดีขึ้นเมื่อพัก ต้องอมยาขยายหลอดเลือดได้ลั้นจึงดีขึ้น

ระดับที่ 4 ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะพัก

ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคของ ผจงจิต อัครวิกุล (2542) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่และไม่ใช่ แบบประเมินความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเอง

การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual barriers) หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายทางด้านลบเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคทำให้มีผลต่อการมีพฤติกรรมทางเพศ เช่น ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่สะดวกสบาย ความอาย และความเจ็บปวด เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ตามแนวคิดของ Becker (1974) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การที่ภรรยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้การสนับสนุน ช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมโดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง ให้กำลังใจ เข้าใจและยอมรับได้กับโรคของผู้ป่วย และปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kaplan et al. (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

พฤติกรรมทางเพศ (Sexual behavior) หมายถึง การกระทำหรือแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายวัยผู้ใหญ่เพื่อตอบสนองความต้องการทางเพศอันเกิดจากสิ่งเร้าภายในและภายนอก ตามแนวคิดของ Master and Johnson (1966), McCann (1989) แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

1) พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ในลักษณะที่ไม่มีการร่วมเพศ ได้แก่ การจับมือ การโอบกอด การจูบหรือหอมแก้ม การลูบคลำ การพูดคุยกับคนรักหรือคู่สมรสด้วยความหวังใย การพูดเปิดเผยในเรื่องเพศ การจินตนาการทางเพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง วัดจากการรายงานความบ่อยครั้งหรือความมากน้อยของความรู้สึกพึงพอใจในการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

2) พฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ในลักษณะที่มีการร่วมเพศ ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ การเข้าโลมก่อนการร่วมเพศ การร่วมเพศ และหลังการร่วมเพศ วัดจากการรายงานความบ่อยครั้ง

หรือความมากน้อยของความรู้สึกพึงพอใจในการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ประเมิน โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ตามแนวคิดของ Master and Johnson (1966), McCann (1989) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมทางเพศ 2 รูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ จำนวน 10 ข้อ และพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ 6 ข้อ เป็นคำถามเปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศก่อนและหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีลักษณะคำตอบให้เลือก 3 ข้อ ได้แก่ ลดลง คงเดิม เพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างน้อย 2 เดือน มีสถานภาพอยู่ด้วยกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย โดยวางแผนการพยาบาล และให้คำแนะนำการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยอื่นๆ
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ลดปัญหาการหย่าร้าง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย
 - 3.1 ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์
 - 3.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์
 - 3.3 ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์
 - 3.4 ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์
 - 3.5 ความรุนแรงของโรค
 - 3.6 การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์
 - 3.7 การสนับสนุนทางสังคม
4. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้ให้ความหมายของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนี้

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ไม่มีเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจนที่ต้องการกับปริมาณที่ได้รับ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นระยะเวลาสั้น ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2543; สมชาย เอื้อรัตนวงศ์ และคณะ, 2550)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจากคราบไขมัน เมื่อมีการแตกของก้อนไขมันร่วมกับการมีลิ่มเลือดอุดตัน (Athermanous plaque) ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (จริยา ตันติธรรม, 2547; Ammann et al., 2000)

จากความหมายข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง การตีบแคบของหลอดเลือดแดงโคโรนารีจากคราบของไขมัน เมื่อเกิดการแตกของก้อนไขมันร่วมกับการมีลิ่มเลือดอุดตัน (Athermanous plaque) ทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณหัวใจลดน้อยลง เกิดความไม่สมดุลระหว่างปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจและความต้องการเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้ออกซิเจนไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานาน จึงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นเกิดการตาย

1.1 พยาธิสรีรวิทยาของกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นจุดสุดท้ายของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เนื่องจากความไม่สมดุลของการไหลเวียนเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจซึ่งเกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือด จากการอุดตันของคราบไขมัน เมื่อคราบไขมัน (Artheromatous plaque) เกิดการปริแตก จะมีการกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดเกิดเป็นก้อนลิ่มเลือดอุดตัน ทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแคบลงเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการไม่สมดุลกัน เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจได้รับอันตรายเกิดเป็นภาวะหัวใจขาดเลือด ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกเมื่อมีการออกกำลังกาย ถ้าหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานานก็จะทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นเกิดการตาย (ระพีพล ญูชธร ณ อยุธยา, 2551) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การตายของกล้ามเนื้อหัวใจตลอดความหนาของผนังหัวใจ (Transmural myocardial infarction) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ที่ตรวจพบจะมีลักษณะส่วน ST ยกสูง (ST-segment elevatation) หรือที่เรียกกันว่า STEMI และ 2) การตายของกล้ามเนื้อหัวใจเฉพาะด้านในหรือไม่ตลอดความหนาของผนังหัวใจ (Subendocardial infarction)

หรือ Non-transmural myocardial infarction) คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ตรวจพบจะเป็นลักษณะที่ไม่มีคลื่นไฟฟ้าส่วน ST ยกสูง (Non ST-segment elevation) หรือที่เรียกว่า NSTEMI (Kim, Kini, and Fuster, 2004; จริยา ตันติธรรม, 2547)

1.2 สาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ร้อยละ 80-90 มาจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว ผนังบุด้านในของหลอดเลือด (Intima layer) เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงก่อนผนังชั้นกลาง (Medial layer) จะมีรอยไขมัน (Fatty streak) ที่ผนัง ต่อมากลายเป็นเนื้อเยื่อพังคืดหนาๆ (Fibrous plaques) จนผนังหนาตัวขึ้น และมีหินปูนจับเกาะได้ (Calcification) (สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พานิช และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2536) เมื่อมีการแตก (Rupture) ทำให้เกิดการกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือดและเกร็ดเลือดตามมา เกิด Thombosis ที่ตำแหน่งนั้น ส่งผลให้หลอดเลือดโคโรนารีตีบหรือตันได้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2547)

1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.3.1 กลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Nonmodifiable risk factors) ได้แก่

3.1.1.1 อายุ (Age) อายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคและทำให้โรครุนแรง อาการของโรคมักเกิดชัดเจนหลังอายุ 40 ปี พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้มีอายุเกิน 65 ปี เมื่ออายุมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดคือ หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น มีไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือดมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerosis) ทำให้เลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้น้อยลงและตายในที่สุด ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอายุเฉลี่ยลดน้อยลง คือ เพศชายพบในอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป สำหรับเพศหญิงพบในอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2547)

3.1.1.2 เพศ (Sex) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่า เพศชายที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า ในช่วงอายุที่เท่ากัน ความแตกต่างจะใกล้เคียงกันในช่วงอายุมากกว่า 54 ปี สำหรับประเทศไทย มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในช่วงอายุต่ำกว่า 50 ปี จะเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 5:1 ทั้งนี้เชื่อว่าผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนในเพศหญิงช่วยป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดแต่เมื่อผู้หญิงหมดประจำเดือนจะทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น (จริยา ตันติธรรม, 2547)

1.3.1.3 กรรมพันธุ์และเชื้อชาติ (Heredity) เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรค โดยพบว่าผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ตั้งแต่อายุน้อย (Matinez and House-Francher, 2000) บุคคลที่ครอบครัวมีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและระดับไขมันในเลือดสูง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมากกว่าผู้ที่ครอบครัวไม่มีประวัติการเป็นโรคนี้ประมาณ 2.7 เท่า นอกจากนี้พบว่าคนผิวขาวในทวีปยุโรปและอเมริกาเป็นโรคนี้มากกว่าคนชาวเอเชีย (สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พานิช และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2536)

1.3.2 กลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ (Modifiable risk factors)

1.3.2.1 การสูบบุหรี่ (Smoking) การสูบบุหรี่สม่ำเสมอทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า โดยแปรตามจำนวนของบุหรี่ที่สูบ ยิ่งสูบมากก็ยิ่งเสี่ยงมาก จากสถิติของสำนักงานแห่งชาติในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ประชากรไทยที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปยังสูบบุหรี่ถึงประมาณร้อยละ 21 ของจำนวนประชากร เพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง 22 เท่า โดยเฉลี่ยเพศชายสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 18.4 ปี โดยสูบบุหรี่เฉลี่ย 10.4 มวนต่อวัน (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) จากการศึกษาของ เบญจมาศ วงศ์มณีวรรณ และคณะ (2545) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสูบบุหรี่ร้อยละ 76.50 และสูบบุหรี่เฉลี่ยวันละ 10 มวน การสูบบุหรี่ในอดีตเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 3.24 เท่าของผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าการสูบบุหรี่ 1-4 มวนต่อวัน เป็นการเพิ่มการเกิดโรคหัวใจที่รุนแรงมากขึ้นถึง 2 เท่า และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 2.74 เท่าในเพศชาย และ 2.94 เท่าในเพศหญิง แม้แต่ผู้ที่ไม่สูบแต่ได้รับควันทางอ้อมจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 20-30 หลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว (ระพีพล ภูณูชร ณ อยุธยา, 2552) เพราะในบุหรี่มีสารคาร์บอนมอนอกไซด์ที่สามารถจะทำลายผนังของหลอดเลือด และสารนิโคติน (Nicotine) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการขนส่งออกซิเจน (Oxygen transportation) ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น (จริยา ตันติธรรม, 2547)

1.3.2.2 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) ระดับ Total serum cholesterol เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยระดับของคลอเลสเตอรอลและ LDL (Low Density Lipoprotine) ที่สูงเป็นสาเหตุของเส้นเลือดแดงตีบตัน ซึ่ง LDL จะสามารถแทรกเข้าไปในผนังหลอดเลือดได้ง่ายและเป็นตัวพาคลอเลสเตอรอลเข้าสู่เซลล์จึงมีผลทำให้เกิดโรค แต่ HDL (High Density Lipoprotine) จะเป็นตัวพาคลอเลสเตอรอลส่วนเกินไปยังตับเพื่อขับออกจากร่างกาย ดังนั้นผู้ที่มีระดับคลอเลสเตอรอลในเลือดเกินกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมีค่า LDL สูงกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะมีความเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (จริยา ตันติธรรม, 2547) มีการศึกษายืนยันว่า การลดระดับ LDL จะสามารถลดอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้ (ระพีพล ภูษธร ณ อุทยา, 2552)

1.3.2.3 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) ผู้ที่มีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้มากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (ระพีพล ภูษธร ณ อุทยา, 2548) ในภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้แรงดันในหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดการกระแทกที่ผนังหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดฉีกขาด เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี จึงเกิดเกร็ดเลือดไปเกาะจับบริเวณนั้น และต่อมาสารพวกที่เป็นไขมันจึงไปเกาะติดได้ง่ายขึ้นทำให้เกิดหลอดเลือดตีบแคบลงและมีการอุดตันได้ (Farmer and Gotto, 1997) นอกจากนี้พบว่า ความดันโลหิตสูงมีผลเสียโดยตรงต่อหลอดเลือด เพิ่มความเครียดให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง และเพิ่มความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (ระพีพล ภูษธร ณ อุทยา, 2552)

1.3.2.4 เบาหวาน (Diabetes melitus) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจะมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง และยังมีการทำนายของโรคไม่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (นิธิ มหานนท์, ปิยะมิตร ศรีธรา และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543) เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (อภิรดี ปลอดในเมือง, 2542) และมักพบว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานจะมีระดับความดันโลหิตสูงและระดับไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย

1.3.3 ปัจจัยเสริม (Contributing factors)

1.3.3.1 ความอ้วน (Obesity) ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย น้ำหนักตัวที่มากเกินไป ผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรถือว่าเป็นโรคอ้วน (อภิชาติ สุคนธธรรม, 2543) โดยพบว่าคนอ้วนเกินไปจะมีผลต่อค่าระดับไขมันในเลือดทุกชนิดยกเว้น (HDL-C) สำหรับปัจจัยที่ส่งเสริมให้อ้วนได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการรับประทานที่ไม่ถูกต้อง โภชนาการ การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับโรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มความถี่ของการเจ็บหน้าอกและอัตราการตายอย่างกะทันหัน (จริยา ตันติธรรม, 2547) นอกจากนี้ยังพบว่าคนอ้วนมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้บ่อยขึ้นเกือบ 2 เท่า (ระพีพล ภูษธร ณ อุทยา, 2552)

1.3.3.2 ขาดการออกกำลังกาย (Physical inactivity) การออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยเป็นการออกกำลังกายครั้งละ 30 นาทีอย่างน้อย 5 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์จะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพราะการออกกำลังกายจะช่วยลดระดับไขมัน LDL และ

ช่วยเพิ่ม HDL ลดความดันโลหิต ลดระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มไมโอโกลบินและช่วยลดการเกาะกันของเกร็ดเลือดโดยจะเห็นว่าผลของการออกกำลังกายช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (จรรยา ตันติธรรม, 2547) โดยการไม่ออกกำลังกายไม่ว่าจะมีน้ำหนักตัวมากหรือไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณ 2 เท่า เพราะมีความสัมพันธ์กับ Metabolic syndrome ซึ่งเป็นผลมาจากการคือ Insulin ในผู้ที่ไม่ออกกำลังกายภาวะ Metabolic syndrome ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (ระพีพล ฤกษ์ ฌ อุษรยา, 2552)

1.3.3.3 การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์มากๆ อาจเพิ่มอัตราเสียชีวิตจากโรคทาง Cardiovascular และอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ แต่ในทางกลับกันมีการศึกษามากมายที่แสดงว่า การดื่มแอลกอฮอล์เล็กน้อยถึงปานกลางช่วยลดความเสี่ยงของ Myocardial infarction, Ischemic Stroke, peripheral vascular disease เป็นต้น โดยลดความเสี่ยงลงมาร้อยละ 20 ถึง ร้อยละ 45 โดยกลไกที่เกิดประโยชน์ ได้แก่ การเพิ่มระดับของ HDL, การลดการจับตัวกันของเกร็ดเลือด และการลดระดับ C-reactive protein แต่การดื่มแอลกอฮอล์นั้นควรดื่มพอประมาณ สำหรับเพศชายไม่ควรดื่มเกินวันละ 1-2 แก้ว ขนาดเล็ก แต่เพศหญิงควรดื่มน้อยกว่านี้ แต่ทั้งนี้จะต้องพิจารณาในแต่ละราย (อภิชาติ สุคนทรทรัพย์, 2553)

1.3.3.4 ความเครียดและบุคลิกภาพ Type A ผู้ที่มีบุคลิกภาพชนิด A มักทำอะไรด้วยความรีบร้อน ใจร้อนไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง มีความคิดแข่งขันที่สูง ไม่มีความอดกลั้นซึ่งบุคลิกภาพแบบ A มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบ A เป็นลักษณะของผู้ที่มีความเครียดแบบเรื้อรังจะมีการหลั่งของสาร Catecholamine กระตุ้น Sympathetic activity เร่งและเพิ่มการเกาะกันของเกร็ดเลือดและขบวนการแข็งตัวของเลือด เพิ่มการสะสมไขมัน เพิ่มความดันโลหิตและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่จะเร่งให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด ผู้ที่เผชิญภาวะเครียดเป็นเวลานานจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเสียชีวิตอย่างกะทันหัน และมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำถึง 5 เท่าเมื่อเทียบกับบุคลิกภาพแบบ B (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

อาการที่พบได้บ่อยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ อาการเจ็บบริเวณหน้าอก (Angina pectoris) เป็นอาการแสดงถึงความรู้สึกที่เกิดความไม่สบายในทรวงอก โดยลักษณะอาการเป็นแบบแน่นๆ ปวดเหมือนถูกกดทับด้วยของหนักๆ ที่อกซ้ายหรือกลางอก ซึ่งเกิดจากการตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากการที่หลอดเลือดแดงโคโรนารีไม่สามารถนำเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายแม้ในขณะที่พัก ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดออกซิเจนที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการ Metabolism ทำให้มีการหลั่งสารเคมีไปกระตุ้นปลายประสาทสำหรับความรู้สึกบริเวณตรงผนังหลอดเลือดแดงและกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไปยัง Cardiac plexus, Cardiac cervical และ Thoracic spine segment โดยส่งผ่านทาง Substantia Gelatinosa และ T-cell เข้าสู่สมองเกิดการรับรู้และแปลความรู้สึกต่างๆ ซึ่งเกิดขึ้นเป็นแนวกว้างตามแขนงเส้นประสาทสันหลังตั้งแต่ระดับกามลงถึงบริเวณท้อง และมักเจ็บร้าวไปที่คอ คาง ไหล่ หลัง แขน ซ้าย ลิ้นปี่โดยอาการจะเจ็บรุนแรงและระยะเวลายาวขึ้น อาการเจ็บหน้าอกแบบนี้จะไม่ทุเลาเมื่อได้พักหรืออมยาในไตรกลีเซอริน ระดับความปวดที่วัดจาก Pain scale (0-10) อยู่ในระดับ 10 คะแนน นอกจากนี้ อาจเกิดอาการอื่นร่วมด้วย เช่น หายใจลำบาก เหงื่อเย็น ใจสั่น หน้ามืดจะเป็นลม เหงื่อออก ตัวเย็น แสบยอดอกร่วมกับคลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น (จรรยา ตันติธรรม, 2547; Bucher, 1999)

1.5 การจำแนกความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดเนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอต่อความต้องการ เมื่อออกแรงจะมีการใช้ออกซิเจนมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอก ผู้ที่มีอาการเจ็บหน้าอกเพียงเล็กน้อยสามารถทำกิจกรรมได้มากกว่าผู้ที่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค ดังนี้

สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association, 1964 cited in Rasof and Gorbien, 1998) แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการและความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดังนี้

ระดับที่ 1 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น การทำงาน ออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอก

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

ระดับที่ 3 ทำกิจกรรมที่ออกแรงได้เพียงเล็กน้อย เช่น กวาดบ้าน การเดินไปห้องน้ำ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก และจะรู้สึกสบายดีเมื่อได้หยุดพักหรืออยู่เฉยๆ

ระดับที่ 4 ขณะพัก เช่น นอนหรือนั่งอยู่คนเดียวเฉยๆ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก และการออกแรงเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยมาก

สมาคมโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการทำกิจกรรมได้ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ในระดับปกติ เช่น เดินหรือขึ้นบันไดโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จะเกิดอาการเมื่อทำงานอย่างหนักเป็นเวลานาน

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

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติอย่างชัดเจน เช่น เดิน 90-180 เมตร บนพื้นราบ และขึ้นบันได 1 ชั้นในภาวะปกติแล้วจะมีอาการเจ็บหน้าอก อาการไม่ดีขึ้นเมื่อพัก ต้องอมยาขยายหลอดเลือดได้ลึกลงจึงดีขึ้น

ระดับที่ 4 ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะพัก สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) เนื่องจากการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2548) ที่แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการทำกิจกรรม เนื่องจากการออกแรงหรือการมีกิจกรรมมากจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากมีการใช้พลังงานมากกว่าร่างกายจำเป็นต้องใช้ออกซิเจนมากขึ้น ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการไม่สมดุลกัน

1.6 การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พานิชและพันธ์พิชญ์ สารพันธ์, 2536; วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2546; จริยา ตันติธรรม, 2547; ระพีพล ภูษธร อนุชยา, 2552)

ในการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถทำได้โดยการซักประวัติและการตรวจต่างๆ ประกอบกัน ได้แก่

1.6.1 การซักประวัติเป็นสิ่งที่มีความสำคัญซึ่งการสอบถามประวัติอย่างชัดเจนจะทำให้การวินิจฉัยแยกโรคได้ง่ายขึ้นและควรถามถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคนี้ เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูงและประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเป็นอาการนำที่สำคัญที่มาโรงพยาบาลก็คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก แบ่งออกได้เป็น 3 ชนิด ได้แก่

1) Typical angina ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ 1.1) การเจ็บแบบแน่นอยู่ใต้น้ำอกคล้ายกับมีของมาทับ หรือมีอะไรมารัด อาจร้าวไปที่แขน ไหล่ คอ หรือกราม โดยที่อาการเจ็บจะเป็นประมาณ 5-10 นาที 1.2) อาการเจ็บหน้าอกถูกกระตุ้นโดยการออกแรง หรือภาวะเครียดทางอารมณ์ และ 1.3) อาการจะดีขึ้นเมื่อได้พักหรืออมยาไนโตรกลีเซอริน

2) Atypical angina มีลักษณะอาการอย่างน้อย 2 ข้อ ของ typical angina

3) Non cardiac chest pain มีลักษณะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ข้อ ของ typical angina

1.6.2 การตรวจร่างกาย โดยทั่วไปการตรวจร่างกายอาจไม่ช่วยอะไรมากนัก มักไม่พบความผิดปกติจากการตรวจร่างกาย ยกเว้น ในรายที่มีหัวใจโตแล้วจากความดันโลหิตสูง เคยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือ เป็นโรค Ischemic cardiomyopathy เสียง S₄ gallop พบได้บ่อย การตรวจร่างกายมีประโยชน์ในการประเมินภาวะหัวใจล้มเหลว และยังสามารถช่วยบ่งชี้การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ที่มีร่วมด้วย

1.6.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

1.6.3.1 การตรวจนับเม็ดเลือดและฮีโมโกลบิน เพื่อการประเมินภาวะซีด หรือการมีเม็ดเลือดแดงในเลือดที่มากเกินไปซึ่งอาจทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้

1.6.3.2 การตรวจระดับไขมันในเลือด มักจะพบว่าระดับ Cholesterol จะสูง ส่วน Triglyceride สามารถพบว่าสูงขึ้นได้แต่ก็น้อยกว่าส่วน HDL นั้นอาจจะอยู่ในค่าปกติหรือต่ำกว่าก็ได้

1.6.3.3 การตรวจระดับการเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiac enzyme) ซึ่งในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจมีเอนไซม์หลายตัวที่เพิ่มสูงขึ้นแต่ตัวที่นิยมใช้กันเพื่อช่วยในการวินิจฉัยซึ่งมีลักษณะเฉพาะและทำเป็นช่วงที่ติดต่อกันตามลักษณะเฉพาะของแต่ละตัว พบดังนี้

1.6.3.3.1 Serum Creatine Kinase (CK) พบว่าจะสูงขึ้นไป 6-8 ชั่วโมงภายหลังมีกล้ามเนื้อหัวใจตายและสูงสุดใน 24 ชั่วโมงและจะกลับคืนสู่ภาวะปกติใน 3-4 วัน ถือว่าเป็นเอนไซม์ที่มีความเที่ยงตรงต่อการวินิจฉัยแต่ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะดูค่าของ CK-MB (Creatine Kinase Myocardial Band) ซึ่งเป็น Isoenzyme ของ CK ซึ่งจะให้ผลที่เที่ยงตรงมากขึ้นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.6.3.3.2 Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT) เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเอนไซม์ตัวนี้จะสูงกว่าปกติภายใน 8-12 ชั่วโมงและจะมีค่าสูงสุดใน 18-36

ชั่วโมงหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายและจะกลับสู่ภาวะปกติใน 3-4 วัน แต่ต้องระวังในผู้ป่วย เช่น โรคตับ ตับบวม น้ำ โรคของกล้ามเนื้อที่สามารถพบว่าเอ็นไซม์ตัวนี้จะสูงกว่าปกติได้เช่นกัน

1.6.3.3.3 Serum Lactic Dehydrogenase (LDH) เป็นเอ็นไซม์ตัวที่จะสูงขึ้นในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยจะมีค่าสูงขึ้นเมื่อเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายใน 24-48 ชั่วโมง และสูงสุดใน 3-6 วันและจะกลับสู่ค่าปกติใน 8-14 วัน

1.6.3.4 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจคือในระยะขาดเลือด จะพบว่า T wave inversion ต่อมาเมื่อภายในเซลล์เนื้อเยื่อมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะขาดเลือดจะมี ST segment elevated ซึ่งถ้าหากภาวะของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นยังได้รับเลือดที่ไม่เพียงพอจะเข้าสู่ใน T มี Q wave และ ST segment ที่ elevated จะค่อยๆ ลดลง T wave จะมีลักษณะเป็น Symmetrical inverted T wave ซึ่งในผู้ป่วยบางรายอาจไม่พบความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแต่มี ST depression และไม่มี Q wave เรียกว่า กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่ไม่มี Q wave (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.6.3.5 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) ช่วยบอกขนาดของหัวใจ สภาพของปอด อาจพบว่าปกติหรือขนาดหัวใจโตกว่าปกติ

1.6.3.6 การตรวจ Cardiac Stress Testing เพื่อทดสอบการตอบสนองของหัวใจต่อการออกกำลังกายว่าเป็นอย่างไร โดยเพิ่มการทำงานของหัวใจภายใต้สิ่งที่มีความเครียด เช่น อาจใช้การออกกำลังกาย เรียกว่า Exercise Stress Testing หรือการใช้ยากระตุ้น เรียกว่า Pharmacologic Stress Testing

1.6.3.7 การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) เพื่อช่วยดูความผิดปกติของการบีบตัวบางส่วนของช่องหัวใจด้านล่างซ้ายได้ซึ่งช่วยในการวินิจฉัยผนังเวเนทริเคิลซ้ายโป่งพองหรือ Diskinesia จากกล้ามเนื้อหัวใจตายนอกจากนั้นยังช่วยดูว่ามีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจหรือไม่และยังช่วยในการคำนวณ Ejection fraction ซึ่งหมายถึงการทำงานของหัวใจด้านล่างซ้ายว่าดีหรือไม่

1.6.3.8 การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเข้าช่องหัวใจ (Cardiac catheterization) เดิมการสวนหัวใจมีจุดมุ่งหมายเพื่อการวินิจฉัยดูการทำงานของหัวใจ โดยเฉพาะในหัวใจห้องล่างซ้ายโดยในผู้ป่วยที่เคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตายจะพบการบีบตัวที่ผิดปกติในหัวใจห้องล่างซ้ายและกราฟคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีคลื่น Q (พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ ชัยเสรี, 2536) แต่ในปัจจุบันการสวนหัวใจมีประโยชน์เมื่อมีการรักษาเพิ่มร่วมด้วยเมื่อทราบการวินิจฉัยขณะที่ทำเช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนทางผิวหนัง การใส่ขดลวด (Stent) ทางหลอดเลือดหัวใจ

1.7 ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.7.1 หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) โดยมักเกิดจากที่กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมีการรบกวนการนำกระแสไฟฟ้าของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้เอเดรียลและเวนทริเคิลทำงานไม่สัมพันธ์กันหรือเกิด Heart block ซึ่งหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อย เช่น Ventricular dysrhythmia, Supraventricular dysrhythmia และ Conduction disturbance โดยร้อยละ 40-50 หัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1.7.2 ช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) เกิดจากที่ปริมาณเลือดที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบออกต่อนาทีลดลงทำให้ค่าความดันโลหิตลดต่ำลงซึ่งจะสังเกตได้จากที่ผู้ป่วยมีอาการ มือเท้าเย็น ซึมลง ปริมาณปัสสาวะลดลง โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิดภาวะช็อกจากหัวใจแล้วจะเสียชีวิต โดยจะพบภาวะช็อกในผู้ที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้างมากกว่าร้อยละ 40 ของกล้ามเนื้อหัวใจทั้งหมด

1.7.3 ภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะปอดบวมน้ำ (Cardiac failure and pulmonary edema) ภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเกิดขึ้นที่หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือเกิดภายหลังก็ได้ พบได้ร้อยละ 30-40 ส่วนใหญ่เกิดจาก Left ventricular failure เกิดจาก Systolic dysfunction ทำให้สูญเสียการบีบตัวของหัวใจโดยผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมอะไรได้ถึงร้อยละ 20 ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบอึดอัดจนถึงมี Bloody frothy sputum โดยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายถึง 1 ต่อ 3

1.7.4 หลอดเลือดปอดมีลิ่มเลือดอุดตัน (Pulmonary embolism) เกิดประมาณร้อยละ 10-20 สาเหตุเกิดจากการอักเสบของหลอดเลือดดำบริเวณขาและอุ้งเชิงกรานหรือจาก Atrial Fibrillation ในปัจจุบันจึงพยายามให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถ มี Early ambulate จึงทำให้ปัญหา Pulmonary embolism จาก Deep vein thrombosis ลดลง

1.7.5 เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) เกิดจากการเสียดสีของกล้ามเนื้อหัวใจ บริเวณที่มีการอักเสบหรือตายกับเยื่อหุ้มหัวใจและมีการสูญเสียน้ำหล่อลื่นเยื่อหุ้มหัวใจการฟังเสียงหัวใจจะได้ยินเสียง Pericardial rub ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก และจะเจ็บมากเมื่อหายใจลึก ๆ เมื่อกินอาหาร ไอ หรือว่าเปลี่ยนท่า สามารถพบได้ร้อยละ 6 ถึง ร้อยละ 10 มักเกิดในวันที่ 2-4 ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเป็นอยู่นานไม่เกิน 1 สัปดาห์

1.7.6 การฉีกขาดของกล้ามเนื้อหัวใจ (Rupture of myocardial infarction) มักเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบได้ถึงร้อยละ 4-24 ในผู้ป่วยที่

เป็นครั้งแรก พบในผู้ที่มียาคุมและมีประวัติความดันโลหิตสูงร่วมด้วย มักพบการฉีกขาดของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายมากกว่าตำแหน่งอื่น ๆ คลื่นไฟฟ้าที่ตรวจพบจะเป็นลักษณะที่เรียกว่า Electromechanical dissociation ผู้ป่วยจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

1.7.7 ผนังหัวใจห้องล่างโป่งพอง (Ventricular aneurysm) เนื่องจากแผลเป็นของกล้ามเนื้อหัวใจตาย บริเวณที่โป่งนี้ไม่สามารถหดตัวขณะหัวใจห้องล่างหดตัวส่งเลือดออกไป เกิดการหดตัวที่ไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ดี ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 3-15 มักพบบริเวณด้านหน้า บริเวณด้านหน้ายอดหัวใจ (Anterior, Anteroapical) หรือของหัวใจห้องล่างซ้าย

1.7.8 การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Sudden death) เป็นการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมง หลังมีอาการ ประมาณร้อยละ 30-50 ของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเสียชีวิตด้วยหัวใจห้องล่างเต้นสั่นพริ้ว (Ventricular fibrillation) ซึ่งมักเกิดนอกโรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันจะป้องกันภาวะนี้ได้ นอกจากนี้อาจเกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีการตายเป็นบริเวณกว้างมากจนไม่สามารถบีบเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอจึงเกิดภาวะช็อกจากความผิดปกติของหัวใจ

1.7.9 Dressler's syndrome เป็นกลุ่มอาการหลังการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย 6 สัปดาห์ เชื่อว่าสาเหตุเกิดจากออโตอิมมูนแอนติบอดีที่มีปฏิกิริยาต่อแอนติเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยจะมีไข้เป็นสัปดาห์หรือมากกว่า มีอาการเจ็บหน้าอกจากเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มักพบเยื่อหุ้มปอดอักเสบและมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดร่วมด้วย การบำบัดมักได้ผลดีเมื่อใช้ ยาแอสไพริน เพรดนีสอล และยาบรรเทาปวด

1.8 การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2546; จริยา ตันติธรรม, 2547; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; ระพีพล ภูษร ฌ อยุธา, 2552)

วัตถุประสงค์ในการบำบัดผู้ป่วยคือการให้การรักษาอย่างเร่งด่วนและทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการกำซาบเลือดได้เร็วที่สุดเพื่อป้องกันการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดอาการเจ็บปวด ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและให้การฟื้นฟู การรักษาจะได้ผลดีเมื่อเริ่มภายในระยะ 12 ชั่วโมง หลังเกิดอาการและเริ่มทันทีภายใน 30 นาที ที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล การรักษาแบ่งได้ 2 วิธี ดังนี้

1.8.1 การรักษาโดยการให้ยา

1.8.1.1 Morphine เป็นยาแก้ปวดที่ใช้มากที่สุดสำหรับบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือด ในการให้ยาลดปวดเพื่อความสะดวกสบายของผู้ป่วยจากอาการปวด และช่วยลดอาการกระวนกระวาย ช่วยลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายเป็นยาที่จำเป็นมากในภาวะฉุกเฉิน เป็นยาที่อยู่ในกลุ่มยาที่จำเป็นในเบื้องต้นสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

แนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ American Heart Association/ American College of cardiology (AHA/ ACC) คือ MONA ประกอบด้วย M = Morphine 2-5 mg IV, O = Oxygen keep O₂ Sat > 92%, N = Nitroglycerine หรือ Isordil 5 mg sublingual, และ A = Aspirin 325 mg เคี้ยวและกลืนทันที (จรรยา ตันดิธรรม, 2547)

1.8.1.2 การให้ออกซิเจน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมักมีภาวะขาดออกซิเจนร่วมด้วย การให้ออกซิเจนจะลดบริเวณที่ขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยที่มีอาการขาดออกซิเจนไม่มาก มักให้ออกซิเจน 100% 2-3 ลิตรต่อนาที ทาง Canular นอกจากนี้ยังเพิ่มอัตราการให้ออกซิเจนได้อีกในกรณีภาวะหัวใจล้มเหลว

1.8.1.3 การเพิ่มการกำซาบเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการเพิ่มเลือดไปเลี้ยงหัวใจขึ้นสามารถทำได้ดังนี้

1.8.1.3.1 ยาต้านเบต้า (Beta-blocker) จุดประสงค์ของการให้ยาต้านเบต้าทางหลอดเลือดดำ (Intravenous beta-blocker) เพื่อหวังผลลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลดอัตราการตายจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ และลดอาการเจ็บหน้าอก ยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้คือ โพรพานอลอล (Propranolol) และมีโทโพรอล (Metoprolol) ปัจจุบันนี้พบว่า Intravenous beta-blocker ไม่มีประโยชน์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และอาจมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำ ซึ่งจะเป็นผลเสียแก่ผู้ป่วย ดังนั้นต้องมีการระมัดระวังในการใช้ยาในกลุ่มนี้

1.8.1.3.2 ยาไนโตรกลีเซอรินช่วยลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจการหดเกร็งของหลอดเลือดโคโรนารีและขยายหลอดเลือดทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจที่เพิ่มมากขึ้นมักให้ทางหลอดเลือดดำ 24-48 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ปัจจุบันไม่พบว่าการใช้ยา Nitrate สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วย Acute STEMI ได้ จึงไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์จากการใช้ยานี้คือ ผู้ป่วยที่ยังมีอาการเจ็บหน้าอกอยู่ หรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว เลือดคั่ง (Congestive Heart Failure)

1.8.1.3.3 ยาต้านการเกิดลิ่มเลือด (Anticoagulant) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ แอสไพรินและยาเฮปาริน ซึ่งแอสไพรินเป็นยาที่ใช้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทุกราย โดยจะออกฤทธิ์ยับยั้งการจับตัวของเกร็ดเลือด นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะที่เลือดแข็งตัวและไปอุดตันในหลอดเลือดแดงที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หัวใจขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่าการให้แอสไพรินสามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยเทียบเท่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด และควรจะให้ในผู้ป่วยทุกราย ยกเว้นในรายที่มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ หรือในรายที่เป็นโรคตับรุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ Heparin หรือ Low molecular weight heparin สามารถลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ (ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา, 2552)

1.8.1.3.4 ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic drug) เป็นวิธีที่ยอมรับว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (สุวัจชัย พรรตตนรังสี, 2550) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นเอนไซม์พลาสมิโนเจน (Plasminogen) ให้เป็นเอนไซม์พลาสมิน (Plasmin) ซึ่งสามารถละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดหัวใจ ประโยชน์จากยาละลายลิ่มเลือดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่หลอดเลือดถูกเปิดออก ถ้ามีเลือดไหลผ่านกลับมาใหม่ (Reperfusion) ได้เร็วเท่าใดก็จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตายถูกจำกัดให้มีขนาดเล็ก และการทำงานของห้องล่างซ้ายก็ไม่เสียหาย มีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตและลดการภาวะแทรกซ้อนจากการศึกษาพบว่า ถ้าให้ยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 6 ชั่วโมงแรกของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะสามารถทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ 35 คน ต่อ 1,000 คนของผู้ป่วย แต่ถ้าให้ใน 7-12 ชั่วโมง จะสามารถทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ลดลง เหลือ 16 คน ต่อ 1,000 คนของผู้ป่วย ซึ่งการให้ยาจะได้ผลดี Door- to- needle time ควรน้อยกว่า 30 นาที (สุวัจชัย พรรตตนรังสี, 2550) ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในประเทศไทยขณะนี้มียอยู่ 3 ชนิดคือ Streptokinase, rt-PA และ Urokinase ซึ่งยา Streptokinase เป็นยาตัวแรกที่เลือกใช้เนื่องจากได้ผลในการรักษาที่ดีและราคาถูก แต่ในผู้ป่วยที่อายุน้อย และมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจส่วน Anterior wall ตาย และมารับการรักษาที่เร็วภายใน 4 ชั่วโมง ยา rt-PA จะได้ผลที่ดีกว่า Streptokinase (สุวัจชัย ถนอมทรัพย์, 2546)

1.8.1.3.5 ยาด้านแคลเซียม (Calcium channel blocker) เนื่องจากหลอดเลือดโคโรนารีมีการหดเกร็งทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยาที่ใช้ในกลุ่มนี้ คือ Nifedipine, Diltiazem และ Verapamil ออกฤทธิ์ยับยั้งการเคลื่อนผ่านของแคลเซียมไปยังเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อหัวใจลดการบีบและการคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

1.8.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำกัดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดอัตราการป่วยและตายเพื่อป้องกันการเกิดอุดตันของหลอดเลือดซ้ำ

1.8.2.1 การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยลูกโป่ง เป็นการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบด้วยลูกโป่ง โดยแพทย์จะสอดใส่สายที่มีลูกโป่งอยู่บริเวณปลายสายเข้าไปยังหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ลูกโป่งที่อยู่บริเวณปลายสายจะถูกดันให้โป่งออก เกิดแรงดันและทำให้มีการปริแตกของแผ่นไขมันที่ลึกลงไปถึงชั้นกลางของผนังหลอดเลือด ทำให้พื้นที่ช่องช่องว่างในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด (ธนวัฒน์ เบญจาวัดรา และ อภิชาติ สุคนธธรรม, 2543) วิธีการนี้ทำในกรณีที่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยวิธีนี้ ควรน้อยกว่า 90 นาที ถ้าทำไม่ได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดอาจพิจารณาให้ยาละลาย

ล้มเลือด จากการศึกษพบว่า การถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยลูกโป่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตในระยะสั้นได้จาก ร้อยละ 9 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 7 เมื่อเปรียบเทียบกับทำให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยพบการมีเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial hemorrhage) เพียง ร้อยละ 5 เท่านั้น (สุวัจชัย นพรัตน์รังสี, 2550)

1.8.2.2 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงให้เส้นเลือด (Coronary artery bypass graft) เป็นการเชื่อมต่อเส้นเลือด Ascending aorta เข้าในจุดที่ตีบตันไปยังเส้นเลือดที่ค้ำอยู่ทำให้เลือดสามารถข้ามจุดที่ตีบตันไปเลี้ยงส่วนปลายได้โดยส่วนมากจะใช้เส้นเลือดค้ำที่ขาหรือ Internal mammar artery การรักษาด้วยวิธีนี้จะทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจทั้ง 3 เส้นอย่างรุนแรง โดยเฉพาะผู้ที่มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง และมีความผิดปกติอย่างรุนแรงของลิ้นหัวใจไมตรัลหรือเอออร์ติกร่วมด้วย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะมีอัตราการรอดชีวิตในระยะ 5 ปีแรกสูงถึงร้อยละ 90 และ ร้อยละ 80 พบว่ามีอาการเจ็บหน้าอกเล็กน้อยหรือไม่มีเลยในระยะ 7-10 ปี แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดคือค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (อภิชาติ สุขนครสรรพ, 2550)

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

2.1 ความหมายของพฤติกรรมทางเพศ

จากการศึกษพบว่า มีผู้ให้ความหมายพฤติกรรมทางเพศไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้ สมภพ เรื่องตระกูล (2546) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศ ประกอบด้วย ความปรารถนา จินตนาการ การแสวงหาความสุขทางเพศ และกิจกรรมทางเพศให้กับตัวเอง ซึ่งถ้าได้แสดงออกและได้รับความพึงพอใจทางเรื่องเพศ เป็นการตอบสนองทางจิตใจและสรีรวิทยาต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก

Good (1973) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศ

Turton (1998) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ เป็นการแสดงถึงการสัมผัส การกอดรัด การแสดงความรู้สึกถึงความห่วงหาอาทร และรวมถึงการมีกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพฤติกรรมทางเพศเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์

สรุปได้ว่า พฤติกรรมทางเพศ หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพื่อตอบสนองความต้องการทางเพศอันเกิดจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก เป็นการแสดงออกของเพศสัมพันธ์ซึ่งโยงใยถึงความรัก ความพึงพอใจ ความอบอุ่นและความเอื้ออาทรซึ่ง

กันและกันของคู่รัก แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ และ 2) พฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ

2.2 แนวคิดของ Master and Johnson (1966) และ McCann (1989)

Master and Johnson (1966) และ McCann (1989) กล่าวว่า พฤติกรรมทางเพศ (Sexual behavior) หมายถึง พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของมนุษย์ เป็นการแสดงออกถึงความสัมพันธ์ซึ่งจะโยงใยถึงอารมณ์ ความรัก ความพึงพอใจ ความอบอุ่น และความเอื้ออาทรต่อกันของคู่รัก ไม่เพียงแต่หมายถึงการร่วมเพศเท่านั้นแต่ยังหมายถึงพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ได้แก่ การจับมือ โอบกอด การจูบ หรือการหอมแก้ม การลูบคลำ การพุดคุยกับคนรักหรือคู่สมรสด้วยความหวังใย การพุดเปิดเผยในเรื่องเพศ การจินตนาการทางเพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง

ศิริอร สีนธู (2526) ผจงจิต อัครวิกุล (2542) และ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ได้ศึกษาและนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ สรุปได้ว่า พฤติกรรมทางเพศเป็นการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติกิจทางเพศของบุคคล จำแนกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ หมายถึง การปฏิบัติกิจทางเพศของบุคคล ในลักษณะที่ไม่มีการร่วมเพศ ได้แก่ กอด จูบ หรือหอมแก้ม การลูบคลำ การพุดคุยกับคนรักหรือคู่สมรสด้วยความหวังใย การพุดเปิดเผยในเรื่องเพศ การจินตนาการทางเพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เป็นต้น และ 2) พฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ หมายถึง การปฏิบัติกิจทางเพศของบุคคลในลักษณะที่มีการร่วมเพศ ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ การเฝ้าโลมก่อนการร่วมเพศ การร่วมเพศ และหลังการร่วมเพศ

2.3 รูปแบบพฤติกรรมทางเพศ

จากการศึกษาพบว่าแนวคิดของ Maslow (1970 cited in Ebersole and Hess, 1998) Master and Johnson (1966), McCann (1989) และ Kinsey et al. (1948) ได้กล่าวเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ แต่แนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมา ไม่ได้แบ่งพฤติกรรมทางเพศไว้ชัดเจน จากการศึกษาของ ผจงจิต อัครวิกุล (2542) แบ่งพฤติกรรมเพศออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

2.3.1 พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ประกอบด้วย

2.3.1.1 การสัมผัสและการแสดงความผูกพันใกล้ชิด (Touch and Intimacy) การสัมผัสเป็นสิ่งจำเป็นมากในมนุษย์ ตั้งแต่เกิดมนุษย์ได้รับการสัมผัสจากพ่อแม่โดยการโอบกอดและพัฒนาการมาเรื่อยๆ Ebersole and Hess (1990) กล่าวว่า การสัมผัสเป็นการแสดงออกทางเพศอย่างหนึ่ง การสัมผัสเพียงบีบมือเบาๆ หรือการโอบกอดก็สามารถแสดงความรักได้ ขอเพียงการสัมผัสนั้นมาจากความรักและความจริงใจ พลังแห่งความรักจะสามารถถ่ายทอดไปสู่คู่สมรสได้

อย่างชัดเจน Steinke (2005) กล่าวว่า การสัมผัสและการแสดงความผูกพันใกล้ชิดมีความสำคัญกับพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้การสัมผัสและความผูกพันใกล้ชิดยังรวมถึง การจับมือ การโอบกอด จูบหรือหอมแก้ม การพูดคุยในเรื่องเพศ (ผจงจิต อัครวิกุล, 2542)

2.3.1.2 การจินตนาการ (Fantasy) เป็นพื้นฐานทางอารมณ์ของทุกคน เป็นการนึกคิด และสร้างภาพที่ทำให้เกิดอารมณ์เพศ การจินตนาการของเพศชายมักคิดถึงสิ่งที่จะกระตุ้นอารมณ์เพศ เช่น ภาพหญิงเปลือยกาย การมอง เห็นเต้านมหรืออวัยวะเพศ การจินตนาการของเพศชายส่วนมากได้จากภาพยนตร์ หนังสือ โป๊ และผู้หญิงที่เพื่อนที่สวयหรือมีเสน่ห์ (เอนก อารีพรค และ สุวัทนา อารีพรค, 2539) การมีจินตนาการจะทำให้องคชาติแข็งตัวและอาจดำเนินต่อไปถึงการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การจินตนาการเกิดขึ้นได้ทั้งขณะร่วมเพศและสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การมีจินตนาการทางเพศแสดงให้เห็นว่าพร้อมในการมีพฤติกรรมทางเพศ (ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, 2553) จากการศึกษาของ Bretscheder and McCoy (1988 อ้างถึงใน ผจงจิต อัครวิกุล, 2542) พบว่า เพศชายร้อยละ 88 และเพศหญิงร้อยละ 71 ยังคงมีจินตนาการถึงเพศตรงข้ามอยู่

2.3.1.3 การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation) เป็นการระบายอารมณ์ทางเพศที่ดีโดยการกระตุ้นที่อวัยวะเพศโดยไม่มีการร่วมเพศ Kinsey et al. (1948) ศึกษาพบว่าเพศชายหลังน้ำกามครั้งแรกโดยวิธีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง และร้อยละ 82 ของเพศชายสำเร็จความใคร่จนบรรลุจุดสุดยอด การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองมักมีการจินตนาการร่วมด้วยเพื่อให้ถึงจุดสุดยอดได้เร็วขึ้น (เอนก อารีพรค และ สุวัทนา อารีพรค, 2539) จากการศึกษาของ Bretscheder and McCoy (1988 อ้างถึงใน ผจงจิต อัครวิกุล, 2542) พบว่า เพศชายร้อยละ 72 และเพศหญิงร้อยละ 40 ยังคงสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองโดยเฉพาะผู้ที่ขาดคู่สมรส

2.3.2 พฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ ประกอบด้วยระยะต่างๆ ดังนี้ (Denny et al., 1984)

2.3.2.1 การเล้าโลมก่อนการร่วมเพศ (Foreplay) การเล้าโลมเป็นพฤติกรรมทางเพศที่เกิดก่อนการร่วมเพศ ทำให้เกิดอารมณ์ความต้องการทางเพศและความพร้อมที่จะตอบสนองความต้องการ โดยการแสดงออกทางอวัยวะ เช่น การแข็งตัวขององคชาติ การเล้าก่อนการร่วมเพศทำได้หลายวิธี จุดที่มีความไวต่อการสัมผัสแตกต่างกันระหว่างบุคคล บริเวณที่ไวต่อความรู้สึกคือ บริเวณอวัยวะเพศหรือบริเวณใกล้เคียง เช่น โคนขา ก้น คอ ไหล่ ปาก และบริเวณหลังใบหู เป็นต้น (เอนก อารีพรค และ สุวัทนา อารีพรค, 2539) การเล้าโลมก่อนการร่วมเพศที่ดี ทั้งคู่ต้องไวต่อความรู้สึกและแสดงความรู้สึกให้อีกฝ่ายรับรู้ เพื่อให้การสนองตอบทางเพศพัฒนาต่อไปอีกขั้น จากการศึกษาของ Denny et al. (1984) พบว่าเพศหญิงต้องการการเล้าโลมก่อนการร่วมเพศนานกว่าเพศ

ชาย สำหรับเพศชายมักพึงพอใจระยะเวลาในการร่วมเพศมากกว่าการเฝ้าโลม นอกจากนี้พบว่า การเฝ้าโลมสามารถนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 100 (จันทร์วิภา คิลกสัมพันธ์, 2543)

2.3.2.2 การร่วมเพศ (Intercourse) หลังจากเฝ้าโลมจนอวัยวะเพศแข็งตัวเต็มที่แล้ว ระยะเวลาต่อไป คือ ระยะเวลาของการร่วมเพศ การร่วมเพศที่ทำให้เกิดความสุขและความพึงพอใจ ทั้ง 2 ฝ่าย ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งคือเวลาที่ใช้ โดยพบว่าถ้าการร่วมเพศใช้เวลาตั้งแต่ 16 นาทีขึ้นไปภรรยาทุกคนจะมีความสุขสุดยอด นอกจากนี้ ความแปลกใหม่อื่นๆ เช่น สถานที่ บรรยากาศ การแต่งตัวของคู่สมรส หรือการเปลี่ยนท่าที่ใช้ในการร่วมเพศเป็นสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตสมรสมีความสุข (เอนก อารีพรพรค และ สุวัทนา อารีพรพรค, 2539) ความถี่ในการร่วมเพศมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าอายุเฉลี่ย 20-40 ปีจะมีความถี่ในการร่วมเพศ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Kinsey et al., 1948; Read and Lang, 1987) พฤติกรรมทางเพศสามารถมีได้ตลอดชีวิตถ้าไม่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ หรือคู่สมรสยังสามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้ (Steinke, 2005)

2.3.2.3 หลังร่วมเพศ (Afterplay) พฤติกรรมหลังการร่วมเพศมักพบได้ คือ การกอด การจับมือ การพุดคุย หรืออื่น ๆ หลังจากที่ถึงจุดสุดยอดแล้ว และอยู่ในระยะผ่อนคลายของวงจรการตอบสนองทางเพศ (ผจงจิต อัครวิกุล, 2542) จากการศึกษาของ Denny et al. (1984) พบว่า เพศหญิงต้องการการใช้เวลาในการแสดงพฤติกรรมหลังการร่วมเพศมากกว่าเพศชาย เพื่อแสดงถึงความรักความห่วงใย

2.4 การประเมินพฤติกรรมทางเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแบบประเมินพฤติกรรมทางเพศ ดังนี้

1) แบบสัมภาษณ์การประเมินการปฏิบัติการทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจของ ศิริอร สินธุ (2526) สร้างโดยดัดแปลงจากแบบสอบถาม Sexual performance evaluation ของ Marriage Council of Philadelphia มี 18 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด แยกคำตอบเป็น 2 ระยะคือ ระยะก่อนเป็น โรคหัวใจและหลังเป็น โรคหัวใจ ข้อมูลที่ได้จากระยะก่อนเป็น โรคหัวใจจะนำมาอภิปรายเพิ่มเติม ส่วนข้อมูลระยะหลังเป็น โรคหัวใจใช้เป็นตัวแสดงถึงปัญหาเพศสัมพันธ์ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

2) แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดของ ผจงจิต อัครวิกุล (2542) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Maslow (cited in Ebersole and Hess ,1998) และแนวคิดของ Kinsey et al. (1948) ครอบคลุมพฤติกรรมทางเพศ 2 รูปแบบได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่มี การร่วมเพศ (10 ข้อ) และพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ (6 ข้อ) แบ่งออกเป็น 2 ตอนๆ ละ 16 ข้อ ตอนที่

1 เป็นคำถามพฤติกรรมทางเพศก่อนทราบว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และ ตอนที่ 2 เป็นคำถามพฤติกรรมทางเพศ ขณะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .76

3) แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ดัดแปลงใช้ของผจงจิต อัสวิกุล (2542) และ พิษญาภา พิษะยะ (2547) ตามแนวคิดของ Maslow (cited in Ebersole and Hess, 1998) และแนวคิดของ Master and Johnson (1966), McCann (1989) ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมทางเพศ 2 รูปแบบ มีลักษณะคำตอบให้เลือก 3 ข้อ ได้แก่ ลดลง คงเดิม เพิ่มขึ้น มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) เพราะเป็นแบบสอบถามที่สร้างจากแนวคิดของ Master and Johnson (1966), McCann (1989) ที่ผู้วิจัยใช้ในการอธิบายพฤติกรรมทางเพศและแบบสอบถามนี้ได้นำมาใช้กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในบริบทของสังคมไทย และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินอยู่ในระดับดีมาก

2.5 ผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อพฤติกรรมทางเพศของเพศชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศของเพศชายในด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

การหย่อนสมรรถภาพทางเพศของเพศชาย เนื่องจากการมีคลอเลสเตอรอลในเลือดสูง ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะเพศลดลง ทำให้การแข็งตัวของอวัยวะเพศผิดปกติ (เอนก อารีพรรค และ สุวัทนา อารีพรรค, 2539) โรคหัวใจทำให้มีอาการหย่อนสมรรถภาพเพศได้ถึงร้อยละ 38-78 (Maroto-Montero et al., 2008) จากการศึกษาของ Dhabuwala et al. (1986) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีปัญหาความผิดปกติในการมีพฤติกรรมทางเพศร้อยละ 76 มีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัวและมีการหลั่งเร็ว ไม่ถึงจุดสุดยอดถึงร้อยละ 42 ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศได้ตามปกติเหมือนเช่นเดิม ทำให้มีผลต่อความถี่และการมีพฤติกรรมทางเพศลดลง และ Traeen and Olsen (2007) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจเพศชายกลุ่มอายุ 40-49 ปี มีปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศร้อยละ 73

2.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

สภาพจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยเพศไม่แข็งแรงตัวได้เช่นกัน ปัญหาทางอารมณ์อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลางและสารสำคัญบางอย่างของสมอง (Neurotransmitters) เช่น ซีโรโทนิน (Serotonin) ทำให้พฤติกรรมทางเพศลดลง และ นอร์เอปิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้พฤติกรรมทางเพศมากขึ้น แต่สาร 2 ตัวมีบทบาทที่สำคัญเกี่ยวกับอารมณ์ โดยพบว่า ขณะที่มียารักษาโรคระดับของฮอร์โมนดังกล่าวทั้ง 2 ตัว ในสมองลดลง ดังนั้น ในขณะที่มียารักษาพฤติกรรมทางเพศจึงมีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ปัญหาทางอารมณ์ยังส่งผลทำให้ระดับฮอร์โมนเพศชายต่ำลง การที่ระดับฮอร์โมนเพศชายต่ำลงมีผลต่อศูนย์อารมณ์ (Hypothalamus) โดยศูนย์อารมณ์จะส่งสัญญาณไปที่ต่อมใต้สมองให้ลดการหลั่งฟอลลิคูลาร์สติมูเลติงฮอร์โมนและลูทีไนซิงฮอร์โมนซึ่งมีหน้าที่ในการกระตุ้นการทำงานของรังไข่และลูกอัณฑะ จึงทำให้ฮอร์โมนเทสโตสเตอโรนในเลือดลดลงเป็นผลให้ศูนย์การควบคุมเรื่องเพศ (Sex center) ในสมองทำงานช้าลง ทำให้ความต้องการและการตอบสนองทางเพศลดลงตาม (เอนก อารีพรค และ สุวิทนา อารีพรค, 2539) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลต่อจิตใจ โดยพบว่าผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลถึงความไม่ปลอดภัย ทำให้มีความต้องการทางเพศลดลง ผู้ป่วยบางรายกลัวว่าการออกแรงในการมีเพศสัมพันธ์อาจทำให้หัวใจวายและเสียชีวิตได้ (ชนิดา เขียรดำรงสุข, 2543) เป็นผลทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะมีพฤติกรรมทางเพศ (Mosack and Steinke, 2009) Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจร้อยละ 50-70 มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าส่งผลต่อการมีพฤติกรรมทางเพศในด้านความต้องการและความพึงพอใจในการมีพฤติกรรมทางเพศลดลง

2.5.3 ผลกระทบด้านสังคม

ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายส่งผลทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว จากการศึกษาของ Steinke (2005) พบว่าการไม่ได้รับความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 ปี หลังจากเป็นโรค ความสัมพันธ์ของกลุ่มสมรสมักจะเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความกลัวว่าหากยังมีเพศสัมพันธ์กันอยู่จะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หากสามีภรรยาไม่สามารถปรับตัวในการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาครอบครัว ส่งผลให้เกิดปัญหาการหย่าร้าง และแยกทางได้ (ศิริอร สิ้นธุ, 2526; Fugl-Meyer and Fugl-Meyer, 2002) เมื่อเกิดปัญหาในครอบครัวส่งผลกระทบต่อบุตร ทำให้ขาดความรัก ความ

อบอุ่น การถูกทอดทิ้ง ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น (วินิตย์ หลงละเลิง, 2552) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวลดลง

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ อัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) ของ Steinke et al. (2008) มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ในการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาแยกแต่ละองค์ประกอบเนื่องจากแต่ละองค์ประกอบมีทิศทางความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศแตกต่างกัน นอกจากนี้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ (Becker, 1974) และการสนับสนุนทางสังคม Kaplan et al. (1977) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์

ความพึงพอใจทางเพศมีความสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพต่างๆ รวมทั้งสัมพันธ์ภาพทางเพศเนื่องจากความพึงพอใจทางเพศจะเกิดขึ้นและคงไว้ได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองทางด้านเพศสัมพันธ์ (วินิตย์ หลงละเลิง, 2552)

3.1.1 ความหมายของความพึงพอใจทางเพศ

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจทางเพศไว้มากมายพอสรุปได้ดังนี้

สุชาติ โสมประยูรและวรรณ โสมประยูร (2541) กล่าวว่า ความพึงพอใจทางเพศ คือ ความพอใจพอใจ หลงใหลในเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีที่มาจากความสนใจในรูปแบบ รส กลิ่น เสียงและการสัมผัสของเพศตรงข้าม

พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์ (2546) ความพึงพอใจทางเพศ จะเกิดตามมาเมื่อถึงจุดสุดยอด ตามกระบวนการตอบสนองด้านเพศสัมพันธ์

Steinke et al. (2008) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึก มุมมองของบุคคลนั้นๆ ทางด้านบวกเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์

ดังนั้น ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกและมุมมองของบุคคลทางด้านบวกที่พอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีที่มาจากความสนใจ ในรูป รส กลิ่น เสียง และการสัมผัสจากเพศตรงข้าม

3.1.2 ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์เป็นความรู้สึกและเป็นมุมมองของบุคคลนั้นๆ ทางด้านบวกเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ โดยความพึงพอใจทางเพศจะเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพศตรงข้าม เป็นความพอใจในรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส ความพึงพอใจทางเพศมีความสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพทางเพศ Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจวายมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ 31 และไม่มี ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 24 นอกจากนี้ Denny et al. (1984) ศึกษาพบว่าเพศชายมีความพึงพอใจระยะเวลาในการร่วมเพศมากกว่าเพศหญิง แต่จากอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศของเพศชายทำให้ระยะเวลาในการร่วมเพศไม่ประสบความสำเร็จทำให้ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศลดลง สอดคล้องกับ Drory et al. (1998) ศึกษาพบว่า ความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในเพศชายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .42$ และ $.28$ ตามลำดับ)

3.1.3 การประเมินความพึงพอใจ จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) แบบสอบถามความพึงพอใจทางเพศที่มีต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ และทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์ของคูรััก ของ สุรางค์รัตน์ คงศรี (2547) สร้างจากแบบประเมินความพึงพอใจทางเพศ (Sexual satisfaction inventory) ตามแนวคิดของ Hudson (1990) มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

2) แบบสอบถามความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงอ้วนของ จุฬาลักษณ์ อภัยรัตน์ (2549) ดัดแปลงจากของสุรางค์รัตน์ คงศรี (2547) ตามแนวคิดของ Hudson (1990) มีข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

3) แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) เพราะเป็นแบบสอบถามที่แปลและประยุกต์มาจากแนวคิดความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ของ Steinke et al. (2008) และได้นำมาใช้กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในบริบทของสังคมไทย และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินอยู่ในระดับดีมาก

3.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์

Steinke et al. (2008) นำมาจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพัฒนามาจากทฤษฎีปัญญาสังคม (Social cognitive theory) เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจเพียงพอความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะตัดสินใจว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ดันสกุล, 2550) โดยมีส่วนประกอบที่สำคัญ 2 ประการดังนี้

1) การรับรู้หรือความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy or efficacy beliefs) เป็นความเชื่อมั่นหรือมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้น ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม

2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectencies) เป็นความเชื่อมั่นที่บุคคลประเมินว่าการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างแน่นอน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมของบุคคลตามแนวคิดของ Bandura (1997) สามารถพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้จากข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

1) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการพูดโน้มน้าวให้บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ คำพูดที่ใช้เป็นลักษณะชักจูง แนะนำอธิบาย ชื่นชมให้เกิดกำลังใจ ซึ่งมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมในระยะสั้น

2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนที่กระทำพฤติกรรมใดๆ แล้วประสบความสำเร็จ ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพที่จะกระทำพฤติกรรมและมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านตัวแบบ 2 ลักษณะ คือ ที่เป็นบุคคลจริง (Self-modeling) และที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic model)

3) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experiences) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีอิทธิพลและมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรงที่บุคคลได้รับจากการที่ตนเองกระทำสำเร็จ การที่บุคคลกระทำและประสบความสำเร็จด้วยตนเองหลายๆ ครั้ง จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และจะพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จยิ่งขึ้น แม้จะล้มเหลวในบางครั้งก็ตาม

4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การมีร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่หากบุคคลมีสภาวะที่ร่างกายอ่อนแอหรือมีการเจ็บป่วยจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง

3.2.1 ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้ความหมายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไว้ สรุปได้ดังนี้

Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นหรือมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม

Pender (2006) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการตัดสินใจความสามารถในการกระทำของบุคคล ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งสนับสนุนให้บุคคลบรรลุเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับทักษะ

Steinke et al. (2008) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ได้ตามความต้องการของบุคคล

ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จตามความต้องการของบุคคลนั้น

3.2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการเชื่อมโยง

ระหว่างการรับรู้กับการกระทำพฤติกรรม เพราะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดก่อนความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรม (Bandura, 1997) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงย่อมมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้อย่างปลอดภัยจะคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมทางเพศ แต่ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่น เพราะกลัวว่าการมีพฤติกรรมทางเพศจะเกิดอันตรายกับตนเองทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศลดลง สอดคล้องกับ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .605$)

3.2.3 การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ ชูเวศ ใสสีสุบ (2543) สร้างตามแนวคิดของ Bandura (1997) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

2) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหัวใจวายของ ปรวรรณ วิทย์วานุกูล (2552) ประยุกต์ใช้ของ พิมพ์มาดา อัจฉริยพัฒนา และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2551) ตามแนวคิดของ Bandura (1997) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

การศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) เพราะเป็นแบบสอบถามที่แปลและประยุกต์มาจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ของ Steinke et al. (2008) ที่ผู้วิจัยเลือกใช้ และแบบสอบถามนี้ได้นำมาใช้กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในบริบทของสังคมไทย และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินอยู่ในระดับดีมาก

3.3 ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์

ความวิตกกังวลเป็นกลไกทางจิตเมื่อมีสิ่งเร้าใดๆ เกิดขึ้น บุคคลจะตีความหรือให้ความหมายกับเหตุการณ์นั้นหรือสิ่งเร้านั้นก่อน ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ ซึ่งความวิตกกังวลจะมีน้อยหรือมากย่อมแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับอายุ ประสบการณ์ในอดีตและภาวะสุขภาพ (พัฒนากร ทองคำ, 2548)

3.3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้มากมายสรุปได้ดังนี้

สุทธิณี วัฒนกุล (2547) กล่าวว่า ความวิตกกังวล คือความรู้สึกส่วนบุคคลที่รู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัดใจ ตึงเครียดต่อเหตุการณ์ โดยประเมินว่า เหตุการณ์นั้นคุกคามความมั่นคงปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ สิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือไม่มีจริงก็ได้ ส่งผลให้แต่ละบุคคลเกิดการตอบสนองทั้งร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมแตกต่างกันไปตามความรู้สึกนั้น

Graham and Conley (1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากความกลัวหรือความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความนึกคิดหรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอันตราย ไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่ชัดได้

Steinke et al. (2008) กล่าวว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นความตึงเครียด และความวิตกกังวลในมุมมองด้านเพศสัมพันธ์ในชีวิตของบุคคลนั้น

ดังนั้นสรุปได้ว่าความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกกลัว ไม่สบายใจ ตึงเครียดต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและกลัวว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเองในการมีเพศสัมพันธ์

3.3.2 ความวิตกกังวลกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายเกิดจากความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัดใจ มีความตึงเครียดต่อเหตุการณ์ เกิดจากการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุกคามความมั่นคงปลอดภัย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สิ่งคุกคามนั้นอาจมีจริงหรือไม่มีจริงก็ได้ ส่งผลให้บุคคลเกิดการตอบสนองทั้งร่างกายและจิตใจ (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายจะมีความวิตกกังวลในการมีพฤติกรรมทางเพศเนื่องจากคิดว่าการมีพฤติกรรมทางเพศเป็นกิจกรรมที่ต้องออกแรงจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกและมีอาการกำเริบขึ้นหรืออาจเสียชีวิตในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์ (Mosack and Steinke, 2009) นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว จึงทำให้เกิดปัญหา

ขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยพบว่าอาการองศาตไม่แข็งตัวหรือไม่สามารถคงการแข็งตัวในขณะสอดใส่ช่องคลอดได้สำเร็จนั้น เมื่อเกิดในระยะเวลาที่ยาวนานอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลทางเพศกลัวความล้มเหลวในการมีเพศสัมพันธ์ทำให้อารมณ์ทางเพศลดลง (นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และคณะ, 2546) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจจะมีความกังวลว่าจะทำให้ภรรยาของตนไม่ได้รับความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ (เอนก อารีพรรค และ สุวัทนา อารีพรรค, 2539) ส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมทางเพศ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) พบว่าความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.388$)

3.3.3 การประเมินความวิตกกังวล จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) แบบสอบถามความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจของ ศิริอร สินธุ (2526) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Zung (1971) มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

2) แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2546) ประยุกต์จากแบบสอบถามของ ศิริอร สินธุ (2526) ตามแนวคิดของ Zung (1971) มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

3) แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ของวินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) เพราะเป็นแบบสอบถามที่แปลและประยุกต์มาจากแนวคิดความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ของ Steinke et al. (2008) ที่ผู้วิจัยเลือกใช้ และได้นำมาใช้กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในบริบทของสังคมไทย และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของประเมินอยู่ในระดับดีมาก

3.4 ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้ในทุกช่วงวัย ทั้งบุคคลในภาวะปกติ และผู้ที่เจ็บป่วยทางด้านร่างกายทั้งด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งมีผลคุกคามต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจมักพบว่าภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนปกติ (ชนกพร จิตปัญญา, 2552)

3.4.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่ามิใช่ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้มากมาย สรุปได้ดังนี้

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความคิดปกติทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านพฤติกรรมและด้านสรีรวิทยา ได้แก่ การมีมโนทัศน์ในด้านลบ ตีตนขึ้นตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร ขาดความสนใจเรื่องเพศ เป็นต้น

Beeber (1998) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นลักษณะของความรู้สึกอย่างหนึ่ง จัดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการ โศกเศร้า เสียใจ รู้สึกโดดเดี่ยว ท้อแท้ หดหวัง

Steinke et al. (2008) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์เป็นความรู้สึกเศร้า ไม่มีความสุขเกี่ยวกับสัมพันธ์ทางเพศ

ดังนั้นสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหวัง ไม่มีความสุข ขาดความสนใจในชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ส่งผลต่อร่างกายทำให้มีกิจกรรมทางกายน้อยลง เบื่ออาหาร ความสนใจเรื่องเพศลดลง ทำให้ไม่มีความสุขเกี่ยวกับสัมพันธ์ทางเพศ

3.4.2 ภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ที่พบได้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย Schleifer et al. (1989) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 45 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง เนื่องจากต้องเผชิญกับความเจ็บปวดจากพยาธิสภาพของโรค ความลำบากในการดูแลตนเอง การมีข้อจำกัดทางกิจกรรม และการสูญเสียบทบาทความเป็นผู้นำของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดหวัง (จรรยา ตันดิธรรม, 2547) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความคิด สติปัญญา การรับรู้ ขาดสมาธิไม่กล้าตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขาดความสนใจทางเพศ (ชนกพร จิตปัญญา, 2552; Beck, 1967) ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง (ชัยพร ภัทราคม, 2548) สอดคล้องกับ Drory et al. (1998) ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามี

ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ($r = -.16$ และ $-.14$ ตามลำดับ) และวินิตย์ หลงละเลิง (2552) ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.512$)

3.4.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ใช้อยู่ ได้แก่

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) แปลโดย ธวัชชัย วรพงษ์ และคณะ (2533) มลฤดี บุราณ (2548) นำมาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

2) Zung Self-Rating Depression Scale มีจำนวน 20 ข้อ เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและด้านจิตใจ แปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .73 แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ และยังขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

3) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

การศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) เพราะเป็นแบบสอบถามที่แปลและประยุกต์มาจากแนวคิดความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ของ Steinke et al. (2008) ที่ผู้วิจัยเลือกใช้ และได้นำมาใช้กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในบริบทของสังคมไทย และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินอยู่ในระดับดีมาก

3.5 ความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงสถานะสุขภาพของผู้ป่วย มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้นจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย มีข้อจำกัด

ในการทำกิจกรรมประจำวันและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Orem, 1991) ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะปกติ ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม

3.5.1 การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

อาการสำคัญของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือว่านอนพักแล้วมีอาการเจ็บหน้าอก ย่อมมีความรุนแรงของโรคมมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายแล้วมีอาการเจ็บหน้าอก การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจมีดังนี้

สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association, 1964 cited in Rasof and Gorbien, 1998) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ ดังนี้

ระดับที่ 1 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น การทำงาน ออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอก

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

ระดับที่ 3 ทำกิจกรรมที่ออกแรงได้เพียงเล็กน้อย เช่น กวาดบ้าน การเดินไปห้องน้ำ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก และจะรู้สึกสบายดีเมื่อได้หยุดพักหรืออยู่เฉยๆ

ระดับที่ 4 ขณะพัก เช่น นอนหรือนั่งอยู่บนเตียงเฉยๆ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก และการออกแรงเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยมาก

สมาคมโรคหัวใจของแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof & Gorbien, 1998) แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ระดับปกติ เช่น เดินหรือขึ้นบันไดโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จะเกิดอาการเมื่อทำงานอย่างหนักเป็นเวลานาน

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติ เช่น เดิน

หรือขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว เดินหรือขึ้นบันไดหลังรับประทานอาหาร อากาศหนาวเกินไป ลมแรงเกินไป มีอารมณ์เครียด เดินมากกว่า 90 เมตรบนพื้นราบและเดินขึ้นบันไดมากกว่า 1 ชั้นในภาวะปกติจึงมีอาการเจ็บหน้าอกและเมื่อพักระยะหนึ่งจะสามารถทำกิจกรรมต่อไปได้

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมระดับปกติอย่างชัดเจน เช่น เดิน 90 – 180 เมตรบนพื้นราบและขึ้นบันได 1 ชั้นในภาวะปกติแล้วจะมีอาการเจ็บหน้าอก อาการไม่ดีขึ้นเมื่อพัก ต้องอมยาขยายหลอดเลือดได้กลิ่นจึงดีขึ้น

ระดับที่ 4 ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ขณะที่พัก

3.5.2 ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถประเมินได้จากอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เมื่อความรุนแรงของโรคมามากขึ้นจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Orem, 1991) ความรุนแรงของโรคส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ป่วยถึงภาวะที่เป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิตของตน รวมถึงการมีพฤติกรรมทางเพศ ศิริอร สิ้นธุ (2526) ศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .50$) และสามารถทำนายความแปรปรวนของปัญหาเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 68.54 ($R^2 = .6854$) สอดคล้องกับ ผจงจิต อัสวิกุล (2542) ศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีกิจกรรมร่วมเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.186$)

3.5.3 การประเมินความรุนแรงของโรค จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีดังนี้

1) แบบประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดของ ผจงจิต อัสวิกุล (2542) สร้างโดยใช้เกณฑ์ของสมาคมของโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975) ประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บหน้าอกโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองโดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์ จำแนกระดับความรุนแรงของโรคเป็น 4 ระดับ มีคำถามจำนวน 7 ข้อ ได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามสภาพโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ 2 ท่าน

2) แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรังของสายรุ้ง บัวระพา (2547) สร้างตามกรอบแนวคิด ของ Dodd et al. (2001) ครอบคลุมความรุนแรง เวลา หรือ ความถี่ รูปแบบหรือลักษณะของการเกิดอาการและผลที่คุกคามต่อชีวิตที่ผู้ป่วย

เผชิญอยู่ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย แบ่งการรับรู้ของอาการเป็น 3 อาการ ได้แก่ อาการหายใจลำบาก (8 ข้อ) เหนื่อยล้า (11 ข้อ) และ เจ็บหน้าอก (14 ข้อ) เป็นมาตราวัดประมาณค่าเชิงเส้นตรงแนวนอน ความยาว 10 เซนติเมตร ปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีค่ากำกับไว้ว่า ไม่มีเลย ปลายด้านขวาสุดมีค่าเท่ากับ 10 คะแนนและมีค่ากำกับไว้ว่า มากที่สุด มีเกณฑ์การแปลผลการรับรู้ความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง และมาก มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคของ ผงจิต อัสวิกุล (2542) ซึ่งใช้เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975) ซึ่งเป็นการจำแนกระดับความรุนแรงของอาการของโรคที่มีความเฉพาะกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2548) โดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยและนำไปประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เข้าใจง่าย ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคด้วยตนเองโดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์และให้ผู้ป่วยตอบ เพราะผู้ป่วยจะเป็นผู้ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการเจ็บหน้าอกของตนเองได้ดีที่สุด

3.6 การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์

เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลใน ทางลบ เช่น ความไม่รู้ ความไม่สะดวกสบาย ความอาย และความเจ็บปวด เป็นต้น

3.6.1 ความหมายของการรับรู้อุปสรรค

จากการศึกษาพบว่ามีผู้ให้ความหมายการรับรู้อุปสรรคไว้มากมาย สรุปได้ดังนี้

นรลักษณ์ เอ่อกิจ (2553) การรับรู้อุปสรรค หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่าย ความอาย ความไม่สะดวกไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด เป็นต้น

Becker (1974) การรับรู้อุปสรรค หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในทางลบ โดยถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคก็จะทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก

Pender (2006) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่ง

เอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลทางด้านลบเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคทำให้มีผลต่อการมีพฤติกรรมทางเพศ เช่น ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่สะดวกสบาย ความอาย และความเจ็บปวด เป็นต้น

3.6.2 การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

การรับรู้อุปสรรคเป็นความเชื่อทางด้านลบเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการมีพฤติกรรมของบุคคล (นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ, 2553) ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์จึงเป็นความเชื่อของบุคคลทางด้านลบที่เชื่อว่าการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมทางเพศเนื่องจากจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ความไม่สบายจากอาการเหนื่อยจะทำให้ผู้ป่วยงดหรือหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมทางเพศ และอาจเกิดจากการขาดความรู้ในการมีพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง สอดคล้องกับ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .322$)

3.6.3 แบบประเมินการรับรู้อุปสรรค จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายของ จิตอารี ศรีอาคะ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (Exercise Benefits/Barriers Scale /EBBS) ของ Secrist et al. (1987) ตามแนวความคิดส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender (1987) จำนวน 14 ข้อ และมีคำถามเพิ่มเติมจากเครื่องมือวัด EBBS อีก 7 ข้อ ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ และมีคำถามปลายเปิดอีก 1 ข้อ เพื่อถามอุปสรรคที่นอกเหนือไป จากการวัด มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

2) แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ร่วมกับการดัดแปลงแบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายของ ปานจิต นวมผลกรัง (2547) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) เพราะเป็นแบบสอบถามที่สร้างจากแนวความคิดการรับรู้อุปสรรค (Becker, 1974) เป็นแบบประเมินที่ได้นำมาใช้กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายในบริบทของสังคมไทย และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินอยู่ในระดับดีมาก

3.7 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดทางด้านจิตสังคมที่มีโครงสร้างซับซ้อนและมีความเกี่ยวพันกัน ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน จึงทำให้บุคคลให้ความช่วยเหลือกันเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

3.7.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม สรุปได้ดังนี้

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมคือการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเขา นอกจากนี้ตัวเขายังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งและกัน โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) ด้านเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Kaplan et al. (1977) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น ต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือ ได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย (Social network) โดยเฉพาะเมื่อยามเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมมีความหมาย 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม คือ การได้รับการยกย่องนับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจและช่วยเหลือ ซึ่งได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม 2) หมายถึง ความสัมพันธ์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคมที่ตนได้รับการสนับสนุน แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปธรรม ซึ่งอาจอยู่ในรูปของการช่วยเหลือด้านการเงินหรือด้านร่างกาย โดยการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล ได้แก่ การให้วัตถุ การช่วยเหลือด้านการเงิน การรักษาและการนำส่ง และ 2) ด้านนามธรรมซึ่งเป็นรูปแบบของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางด้านอารมณ์ การสร้างความรู้สึกลึกซึ้งทางบวก เช่น การยกย่อง และการให้กำลังใจ เป็นต้น

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลที่ก่อให้เกิดความรัก ความหวังใจและความผูกพัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน จึงส่งผลให้บุคคล

นั้นได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ เป็นการให้ความรัก ความผูกพัน หัวใจ เห็นอกเห็นใจกัน 2) ด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยให้การยอมรับยกย่อง ชมเชย เพื่อนำไปประเมินตนเองโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมกับผู้อื่น 3) ด้านข้อมูลข่าวสารเป็นการให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำข้อเสนอแนะ การชี้แนวทางเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ และ 4) ด้านทรัพยากรเป็นการช่วยเหลือโดยตรงทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมพบว่า แนวคิดส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ได้มีความจำเพาะกับพฤติกรรมทางเพศ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Kaplan et al. (1977) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมนั้น ต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย (Social network) โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพ มาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย โดยการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมทางเพศควรได้รับจากภรรยาหรือคู่นอนของผู้ป่วยเอง ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมทางเพศเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เป็นเรื่องระหว่างสามี ซึ่งภรรยาหรือคู่นอนของผู้ป่วยอาจแสดงออกมาในลักษณะรูปธรรมหรือนามธรรมก็ได้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น การให้ความรัก ความอบอุ่นทางด้านอารมณ์ การยกย่อง ให้กำลังใจ การช่วยเหลือด้านสิ่งของวัตถุ เป็นต้น

ดังนั้นการศึกษานี้สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ภรรยาของผู้ป่วยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม อาจแสดงออกมาในลักษณะของรูปธรรมหรือนามธรรม เช่น การให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง ทำให้เขารู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน วัตถุ การพาไปรักษาหรือส่งโรงพยาบาล เป็นต้น

3.7.2 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสม โดยอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลอื่นๆ ที่ให้การยอมรับยกย่อง และเห็นค่าในตัวผู้ป่วย โดยการสนับสนุนทางสังคมต้องคำนึงถึงแหล่งที่สนับสนุนโดยต้องมาจากบุคคลที่มีความสำคัญกับคนคนนั้น โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ดังนั้น เรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อน เป็นเรื่องระหว่างสามีและภรรยา การสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ก็คือ ภรรยาหรือคู่นอนของผู้ป่วย การที่ภรรยาหรือคู่นอนให้กำลังใจ ยอมรับ ยกย่อง

ยอมรับข้อจำกัดในการมีพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองและสังคม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศได้โดยไม่เกิดอันตรายต่อร่างกาย สอดคล้องกับ Drory et al. (1998) และ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .001$ และ $r = .422, p < .05$ ตามลำดับ)

3.7.3 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) Personal Resource Questionnaire (PRQ) สร้างขึ้นโดย Brant และ Weinert ในปี 1981 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิตที่ทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของบุคคลและความพึงพอใจในการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เหล่านั้น 2) เป็นการวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด Weiss มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 7 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ประยุกต์ใช้ของ สายรุ่ง บัวระพา (2547) โดยใช้แนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Zimet et al. (1988) เป็นการประเมินการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย มีจำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดเป็น Likert scale 7 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .90

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแบบสอบถามของ Zimet et al. (1998) ที่ Drory et al. (1998) ได้นำมาใช้กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่ไม่ได้ระบุว่าใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของใคร ผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามดังกล่าวไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เมื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้อ่านข้อคำถามแล้วพบว่า เป็นแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมทั่วไปไม่ได้เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้วิจัยจึงได้ติดต่อกับ Dr. Yacovv Drory ผ่านทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic mails) เพื่อสอบถามถึงแบบสอบถามที่นำมาใช้กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจแล้วพบว่า แบบสอบถามไม่ได้มีการประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมทางเพศ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kaplan et al. (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของสังคมไทย และเพื่อให้แบบสอบถามมีความเหมาะสมกับ

พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในเพศชายมากที่สุด เนื่องจากเรื่องพฤติกรรมทางเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคลและไม่ควรเปิดเผย ผู้วิจัยจึงใช้ภรรยาซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนด้านพฤติกรรมทางเพศกับผู้ป่วยมากที่สุดตามแนวคิดของ Kaplan et al. (1977) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมต้องคำนึงถึงแหล่งที่สนับสนุนต้องอยู่ในเครือข่ายและมีความสำคัญกับบุคคลคนนั้น โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาหรือเมื่อยามเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

4. บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ผู้ป่วยเพศชายหลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมักจะมีเจ็บหน้าอก เหนื่อยและอ่อนเพลียเมื่อมีการออกกำลังกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เครียดส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมีการพัฒนาวิธีการดูแล การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดปัญหาความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วย แต่ยังมีกิจกรรมอีกอย่างหนึ่งที่มิสุขภาพยังให้ความสำคัญน้อยได้แก่เรื่องพฤติกรรมทางเพศ เนื่องจากเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย และเป็นเรื่องส่วนบุคคลระหว่างสามีและภรรยา จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนเรื่องพฤติกรรมทางเพศ จากการศึกษาพบว่าในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ยังไม่มีระบบบริการด้านการให้คำแนะนำและคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างเป็นรูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นการให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนโดยทั่วไปเป็นรายบุคคล ไม่ได้เน้นการปฏิบัติตนเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมทางเพศ ประโยชน์ ผลดีหรือผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ถ้าผู้ป่วยไม่ได้ซักถามหรือขอคำปรึกษา

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้การรักษาและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีประสิทธิภาพ ตามกระบวนการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาพฤติกรรมทางเพศ เนื่องจากในปัจจุบันนี้ยังคงพบว่าการพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายและพยาบาลพบน้อยมาก อาจเนื่องจากผู้ป่วยเป็นเพศชาย และพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ความแตกต่างระหว่างเพศทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าพูดและซักถามเพราะกลัวถูกมองในแง่ไม่ดี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมาก จากการศึกษาของ Magnan et al. (2006) พบว่าเจตคติของพยาบาลส่วนใหญ่เชื่อว่าการพูดคุยเรื่องพฤติกรรมทางเพศเป็นบทบาทของพยาบาล แต่พยาบาลเกือบครึ่งที่คิดว่าการพูดคุยเรื่องพฤติกรรมทางเพศควรเริ่มต้นจากผู้ป่วยก่อน ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยร้อยละ 92 ที่คิดว่าพยาบาลควร

พูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์กับตนก่อน (Waterhouse and Metcalfe, 1991) เหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการมีพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้องและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองจากพยาบาล ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่ถูกคาดหวังจากผู้ป่วยว่าต้องให้การดูแลโดยการให้คำแนะนำและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและคู่สมรสที่มีปัญหาพฤติกรรมทางเพศ เพื่อให้ผู้ป่วยและภรรยา มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้ถูกต้องเหมาะสมกับภาวะของโรค ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจึงมีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ดังนี้

4.1 บทบาทการเป็นผู้ให้การดูแล (Direct care practice)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีปัญหาพฤติกรรมทางเพศแบบองค์รวม โดยเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ถูกต้องและเหมาะสม ใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญในการคิดเชิงเหตุและผลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาสู่การปฏิบัติการพยาบาล (สุริพร ธนศิลป์, 2552) เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ เช่น ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อาการข้างเคียงของยาที่รักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพ เพื่อลดปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ เช่น การป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ การปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคและการมีพฤติกรรมทางเพศ จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศได้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตน

4.2 บทบาทด้านการบริหาร (Management)

เป็นบทบาทที่เน้นการดูแลโดยการบริหารจัดการซึ่งเป้าหมายของการบริหารก็คือคุณภาพการดูแลได้ตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจ (สุริพร ธนศิลป์, 2552) โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต้องประเมินปัญหาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย และหาแนวทางแก้ปัญหา โดยการประสานงานกับบุคลากรด้านคุณภาพอื่น ๆ เช่น เวชศาสตร์ฟื้นฟู ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพร่างกายและหัวใจที่ดีส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้ภรรยามีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

4.3 บทบาทด้านการให้ความรู้ (Educator)

ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายเกิดจากการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความวิตกกังวล ความกลัว การขาดความรู้และอาการข้างเคียงของการรักษาด้วยยา เป็นต้น ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าว

และสามารถให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เมื่อไหร่ ระยะเวลาที่เหมาะสมในการมีเพศสัมพันธ์ ข้อห้ามในการมีเพศสัมพันธ์ และอาการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจสามารถที่จะมีพฤติกรรมทางเพศได้เหมาะสมและปลอดภัยกับภาวะสุขภาพของตน นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องให้ความรู้แก่คู่สมรสเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง เพราะคู่สมรสเป็นบุคคลสำคัญในการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย (Franche et al., 2003)

4.4 บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา (Consultant)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมทางเพศ (Magan et al., 2006) เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลจึงมีโอกาสที่จะพบปัญหาต่างๆ รวมถึงปัญหาพฤติกรรมทางเพศมากกว่าบุคลากรอื่นๆ (ระวีวรรณ แสงฉาย, 2538) กลุ่มเป้าหมายในการให้คำปรึกษาไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยและญาติเท่านั้น อาจเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลหรือทีมสุขภาพอื่น ๆ ได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) เช่น เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลประจำการเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสุขภาพอื่นๆ เช่น ทีมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ทีมเวชปฏิบัติ เป็นต้น เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

4.5 บทบาทด้านการวิจัย (Researcher/ Research utilization)

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการวิจัยต้องพัฒนาขึ้นจากตัวของพยาบาลเอง ต้องมีความตระหนัก ถึงความจำเป็นในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ต้องมีทักษะในการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ โดยศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมทางเพศและการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ การใช้เทคนิคต่างๆ แล้วนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาล รวมถึงการนำผลการวิจัยมาเผยแพร่ ประเมินและปรับปรุงการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ (สุภาณี เสนาดิสัย, 2553) ทั้งนี้อาจเริ่มการวิจัยในหน่วยงานที่ปฏิบัติอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

4.6 บทบาทด้านคุณธรรม จริยธรรม (Ethical decision making)

เรื่องพฤติกรรมทางเพศในบริบทของคนไทยเป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย และมีความละเอียดอ่อน ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยเรื่องพฤติกรรมทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยให้มาก เนื่องจากมีเรื่องกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ มีการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยมากขึ้น (สุรีพร ธนศิลป์, 2552) พยาบาลต้องใช้หลักในการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหลักจริยธรรมและ

จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพตามสิทธิผู้ป่วย โดยไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ตามมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ข้อ 3 มาตรฐานที่ 2 กล่าวว่า การรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อปกป้องและรักษาไว้ซึ่งสิทธิที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการ (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์, 2540)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในประเทศ

ศิริอร สิ้นธุ (2526) ศึกษาหาความสัมพันธ์บางประการกับปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจเพศชาย ที่มารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่รับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลศิริราช สถานภาพสมรสคู่ อายุไม่เกิน 60 ปี จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .781$ และ $.566$ ตามลำดับ) อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .219$) ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.623$ และ $-.369$) สำหรับระยะเวลาของการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาเพศสัมพันธ์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความวิตกกังวล ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค และความรุนแรงของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดประกอบด้วย ความวิตกกังวล ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ และความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายความแปรปรวนของปัญหาเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 68.54 ($R^2 = .6854$)

ผจงจิต อัสวิกุล (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรค และความรู้เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพศชายอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือดมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ด้านพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศและโดยรวมอยู่ในลักษณะคงเดิม ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุ

ชายโรคหัวใจขาดเลือด ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้เรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด

ธนิดา เขียรดำรงสุข (2543) ศึกษาประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลชลบุรี และ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ รวมผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 คน จำแนกเป็นเพศชาย 11 คน และเพศหญิง 2 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะที่บอกถึงเพศสัมพันธ์เป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิต 2) ลักษณะที่บอกถึงเพศสัมพันธ์เป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะสุขภาพขณะเจ็บป่วย และ 3) ลักษณะที่บอกถึงเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งไม่จำเป็นและทำให้ชีวิตสั้น ส่วนประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมี 2 ลักษณะ คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์คงเดิมทั้งคุณภาพและความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ และ 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจำนวนได้ 4 กรณี คือ 2.1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง แต่ความต้องการทางเพศปกติ 2.2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง และความต้องการทางเพศลดลง 2.3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลงไม่มีความต้องการทางเพศแต่ต้องการตอบสนองความต้องการทางเพศของกลุ่มครอง และ 2.4) ยุติการมีเพศสัมพันธ์ แม้จะมีความต้องการทางเพศ สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเนื่องจากเงื่อนไข 3 ประการ คือ 1) อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างหรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ความไม่สุขสบายในระหว่างหรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ และความบกพร่องของอวัยวะเพศในขณะปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ 2) การรับรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ว่าเป็นเรื่องเพศสัมพันธ์อาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ และการรับรู้ว่าเป็นเรื่องส่วนตัวบุคคล และ 3) การขาดข้อมูลคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับการจัดการกับภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์ต่างไปจากเดิม พบว่ามี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ปรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ให้กลับสู่ภาวะปกติ ด้วยการแสวงหาข้อมูลและแก้ไขภาวะความบกพร่องทางเพศ เตรียมพร้อมการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการเจ็บป่วย และปรับสมดุลความไม่สุขสบายในขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยผลลัพท์ที่เกิดขึ้นคือเพศสัมพันธ์กลับสู่ปกติ เพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงยังปรากฏอยู่ และหยุดการมีเพศสัมพันธ์ และ 2) ระวังพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เบี่ยงเบนความสนใจเรื่องเพศ และยับยั้งความ

ต้องการทางเพศโดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ การมีความสุขและดำรงความสัมพันธ์กับภรรยาได้ กับการสูญเสียภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ปราณิสยา เสาวคนธ์และคณะ (2543) ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างหรือเคยได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจโรงพยาบาลรามารับดี ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2539 ถึง ธันวาคม 2541 ทั้งหมด 108 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่สามารถกลับไปทำงานและมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัด ไม่แตกต่างกับก่อนได้รับการผ่าตัด ประสิทธิภาพในการทำงานและความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับมาประกอบอาชีพและทำงานบ้านได้เฉลี่ยเท่ากับ 4.6 ± 4.4 และ 3.1 ± 2.2 เดือน ตามลำดับ ผู้ป่วยรู้สึกว่าการทำงานลดลงคิดเป็นร้อยละ 46.4 เหมือนเดิมร้อยละ 37.5 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4 นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยของความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดเท่ากับ 4 และ 2 ครั้งต่อเดือน ตามลำดับ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ยเท่ากับ 3.8 ± 2.9 เดือน ผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดเหมือนเดิมร้อยละ 53.8 ลดลงร้อยละ 42.3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 3.8 สรุปคือ อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถทำงานและมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจไม่มีความแตกต่างกับก่อนได้รับการผ่าตัด แต่ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรนุช เขียวสะอาด (2544) ศึกษาผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า หลังการศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงสุดในการบริโภค รองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านการจัดการกับความเครียด ตามลำดับ

สำหรับพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ หลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมด้านเพศสัมพันธ์มากขึ้น สามารถมีพฤติกรรมทางได้อย่างเหมาะสม และไม่มีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.67 มีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งขึ้น เช่น มีพฤติกรรมทางเพศเพิ่มมากขึ้นเป็น 3-4 ครั้งต่อเดือน (จากเดิมนาน ๆ ครั้ง หรือ เฉลี่ยประมาณ 1-2 ครั้งต่อปี) ผลจากการศึกษาทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจ และมีความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับภาวะโรค

วินิตย์ หลงละเลิง (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพศชายที่มารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ในเรื่องเพศสัมพันธ์ กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทั้ง 2 กลุ่มได้รับความรู้ในระยะเวลาเท่ากัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีเจตคติ ต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ดีขึ้น มีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ดีขึ้น

วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อึดมโนทัศน์ทางเพศ ประกอบด้วย ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อายุระหว่าง 21-59 ปี จำนวน 132 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมทางเพศมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ

ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .517, .605 และ .433 ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ -.322, -.388 และ -.512 ตามลำดับ

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

Kinsey et al. (1948) ศึกษาพฤติกรรมทางเพศในมนุษย์เพศชายจำนวน 12,000 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับความเป็นอยู่ของสังคม เขตที่อยู่อาศัยและศาสนา นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมที่เป็นการระบายออกทางเพศสัมพันธ์ของเพศชายที่พบมากในการศึกษาครั้งนี้ มี 6 ลักษณะ ได้แก่ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การฝันเปียก การแสดงความรักโดยการกอด จูบและลูบคลำ เพื่อให้ถึงจุดสุดยอด การร่วมเพศกับเพศตรงข้าม และการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน

Hellerstein and Friedman (1970) ศึกษาผลของโรคหัวใจต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาในการมีเพศสัมพันธ์ และศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง อายุ ระยะเวลาที่แต่งงาน ตำแหน่งทางสังคม ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางกายภาพ ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย จำนวน 91 คน ที่เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 48 ราย และผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่าย จำนวน 43 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศในอดีตและปัจจุบัน โปรแกรมประเมินความพร้อมของร่างกาย เทปบันทึกการทำงานของหัวใจ 24-48 ชั่วโมง ขณะทำกิจกรรมตามปกติที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า กิจกรรมทางเพศลดลงโดยสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมด้วย รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศหลังจากเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระยะเวลาในการกลับมา มีเพศสัมพันธ์อีกหลังจากเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการมีกิจกรรมทางเพศ 6 เดือนหลังจากเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะมีเพศสัมพันธ์ พบว่า อัตราเฉลี่ยของการเต้นของหัวใจในระยะ 2 นาที และ 1 นาที ก่อนถึงจุดสุดยอดและระยะจุดสุดยอดเท่ากับ 87.0, 101.2 และ 117.4 ครั้งต่อนาที ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเต้นของชีพจรสูงสุดขณะมีเพศสัมพันธ์และขณะทำงานพบว่า

ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้เอกซิเจนในขณะที่มีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าการก้าวขึ้นลงบันได 2 ชั้น เมื่อเปรียบเทียบกับตารางมาตรฐาน (Master 2- step test)

Papadopoulos et al. (1980) ศึกษาความต้องการและความกังวลของภรรยาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 100 คนที่มีสามีเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยการสัมภาษณ์ที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 9 แห่ง ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คู่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่กลับไปมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติมี 76 คู่ และ กลุ่มตัวอย่าง 22 คู่ มีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์คงเดิม มีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเพียง 5 คู่ อีก 49 คู่ ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ส่วนอีก 24 คู่ไม่กลับไปมีเพศสัมพันธ์ 10 คู่ไม่พยายามกลับไปมีเพศสัมพันธ์ และอีก 14 คู่ พยายามกลับไปมีเพศสัมพันธ์แต่ไม่สำเร็จ ปัจจัยที่กลับไปมีเพศสัมพันธ์อีก ได้แก่ อายุของคู่สมรส ปีที่แต่งงาน แรงขับทางเพศที่มีก่อนเป็นโรค (ความต้องการทางเพศ) การพูดคุยของคู่สมรส และความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์หลังเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความกลัวในการกลับไปมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการได้รับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 โดยในรายที่กลับไปมีเพศสัมพันธ์อีก ร้อยละ 29 รายงานว่า ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์กันสามีแสดงอาการ ดังนี้ อ่อนเพลียและหายใจสั้นๆ ร้อยละ 22 ร้อยละ 16 มีอาการเจ็บหน้าอก และร้อยละ 12 มีอาการเหงื่อออก กลุ่มตัวอย่าง 45 คน ต้องการได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคหัวใจจากแพทย์ที่ทำการรักษาสามี กลุ่มตัวอย่าง 9 คน ต้องการได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคหัวใจจากพยาบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน ต้องการได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคหัวใจทั้งจากแพทย์และพยาบาล และ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 คน ต้องการได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์พร้อมกันกับสามี

Fugl-Meyer and Sjogren (1983) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านเพศสัมพันธ์หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 49 ราย ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 67 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการตอบสนองด้านเพศสัมพันธ์ลดลง และร้อยละ 45 มีระดับความพึงพอใจลดลง นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองด้านเพศลดลง เนื่องจากได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการอวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัวได้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13 พบว่า ไม่มีเลือดไปเลี้ยงปลายของขาจากการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และร้อยละ 63 พบว่า การทำหน้าที่ในการมีเพศสัมพันธ์เสื่อมถอยลงหลังจากการเป็นโรค ผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยหมดหวังและกำลังใจ ส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านร่างกายและจิตใจมีอิทธิพลต่อความบกพร่องในการทำหน้าที่ในการมีพฤติกรรมทางเพศด้วยเช่นกัน

Johnson (1996) ศึกษาเรื่องผู้สูงอายุและเพศสัมพันธ์ในมุมมองหลายๆ ด้าน กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 55 ปีขึ้นไป เป็นเพศชาย จำนวน 69 ราย และเพศหญิง จำนวน 92 ราย รวม 151 คน โดยศึกษาภาวะสุขภาพของประชากร ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความผูกพันใกล้ชิด ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ และพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ความสนใจ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54 ของเพศชาย และร้อยละ 52 ของเพศหญิงมีความสนใจทางเพศลดลง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีเพศสัมพันธ์ลดลง คิดเป็นร้อยละ 68 นอกจากนี้พบว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิงบอกว่ามีความพึงพอใจทางเพศลดลง อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความสนใจเรื่องเพศ และการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีเพศสัมพันธ์และความพึงพอใจทางเพศ

Dhabuwala et al. (1986) ศึกษาอิทธิพลของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชาย กลุ่มตัวอย่างมาจากหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลในรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน กลุ่มควบคุม 16 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีปัญหาความผิดปกติในการมีพฤติกรรมทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 76 มีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัวและการหลั่งเร็ว ไม่ถึงจุดสุดยอด คิดเป็นร้อยละ 42 ความถี่ในการร่วมเพศลดลงร้อยละ 34 ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศได้ตามปกติเหมือนเช่นเดิม เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Drory et al. (1998) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากศูนย์การแพทย์ 8 แห่ง ประเทศอิสราเอล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 276 คน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 30-65 ปี (อายุเฉลี่ย 51 ปี) มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 99 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 88 ไม่กล้ากลับไปมีเพศสัมพันธ์ หลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 50 ไม่กล้ากลับไปมีเพศสัมพันธ์ 1 เดือนหลังจากเป็นโรค กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 มีความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง และร้อยละ 10 ลดลงทั้งความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบว่า ความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรค อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพ เบาหวาน ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และผลการศึกษาพบว่าความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรค อายุ ระดับการศึกษา เบาหวาน ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศด้านความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 32 ($R^2 = .32$) ส่วนความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรค อายุ และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศด้านความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 23 ($R^2 = .23$) ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนาย

พฤติกรรมทางเพศทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ อายุ และภาวะซึมเศร้า

Drory et al. (2000) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศของเพศหญิงและเพศชาย หลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก โดยมีวัตถุประสงค์เปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยัง ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล และด้านคลินิก กับพฤติกรรมทางเพศหลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 462 ราย เพศหญิงจำนวน 51 ราย ผลการศึกษาพบว่า หลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าเพศหญิงร้อยละ 79 และเพศชายร้อยละ 89 กลับไปพฤติกรรมทางเพศลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.76, p < .003$) ก่อน และหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมทางเพศและความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 แต่หลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมทางเพศทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ พบว่า อายุระดับการศึกษาและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

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

Jaarsma (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คลินิกและคุณภาพชีวิต โดยรวมกับปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 คน ณ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยของเมืองแมชตริก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 50-83 ปี ($\bar{X} = 70$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ จากการศึกษาพบว่า อาการของโรคหัวใจล้มเหลวมีผลกระทบกับพฤติกรรมทางเพศ เมื่ออยู่ในระยะหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 9 เดือน พบว่าร้อยละ 48 มีพฤติกรรมทางเพศลดลง ร้อยละ 33 หยุดการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11 เกือบจะไม่มีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 23 มีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไปจากโรคหัวใจวาย ส่วนในด้านความต้องการทางเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 47 ไม่มีความ

ต้องการทางเพศ ร้อยละ 37 ความต้องการทางเพศลดลง ความพึงพอใจในการมีบทบาททางเพศลดลงร้อยละ 40 ในด้านความพึงพอใจทางเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 14 มีความพึงพอใจทางเพศลดลง และร้อยละ 11 มีความพึงพอใจทางเพศน้อย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบว่า การทำหน้าที่ทางเพศของตนลดลงเนื่องจากโรคหัวใจวาย ผลการศึกษาสรุปว่าความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ และการแสดงออกทางเพศลดลง เป็นผลมาจากการเป็นโรคหัวใจวาย

Yates et al. (2003) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ การรับรู้เกี่ยวกับอาการ ความรู้สึกทางลบต่อการมีกิจกรรมทางกาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้สึกทางบวกต่อการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 50 คน และเพศหญิง 14 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศและอายุสามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้ร้อยละ 14.7 ($R^2 = .147$) การรับรู้เกี่ยวกับอาการและความรู้สึกทางลบสามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้ร้อยละ 21.6 ($R^2 = .216$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้ร้อยละ 7.6 ($R^2 = .076$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Steinke et al. (2006) ศึกษาความพึงพอใจในบทบาททางเพศ อายุ และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากศูนย์การแพทย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 64 คน อายุมากกว่า 30 ปี เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีความวิตกกังวลต่ำและกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูง ที่ระยะเวลา 5 เดือน โดยวิเคราะห์จากความพึงพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ และเลือกปัจจัยส่วนบุคคลและทางคลินิก ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงและมีปัจจัยเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหัวใจจะมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ต่ำ นอกจากนี้พบว่า ความพึงพอใจทางเพศและอายุ เป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Traeen and Olsen (2007) ศึกษาการมีความบกพร่องทางเพศและการมีสุขภาวะทางเพศที่ดีของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคหัวใจได้มาจาก 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคหัวใจจากสมาคมโรคหัวใจและปอดของชาวนอร์เวย์ The Norwegian Association of Heart and Lung Patients (LHL) จำนวน 1,664 คน อายุระหว่าง 18-55 ปี 2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไปจากสถาบันการตลาดและสื่อมวลชน The Market and Media Institute (MMI) จำนวน 1,093 คน อายุระหว่าง 15-70 ปี โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ได้รับการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง LHL ร้อยละ 36 และจาก MMI ร้อยละ 54 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66 (LHL) และร้อยละ 11 (MMI) รายงานว่ามีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี พบว่าร้อยละ 54 จากกลุ่ม LHL และร้อยละ 34 จากกลุ่ม MMI มีปัญหาเรื่องความต้องการทาง

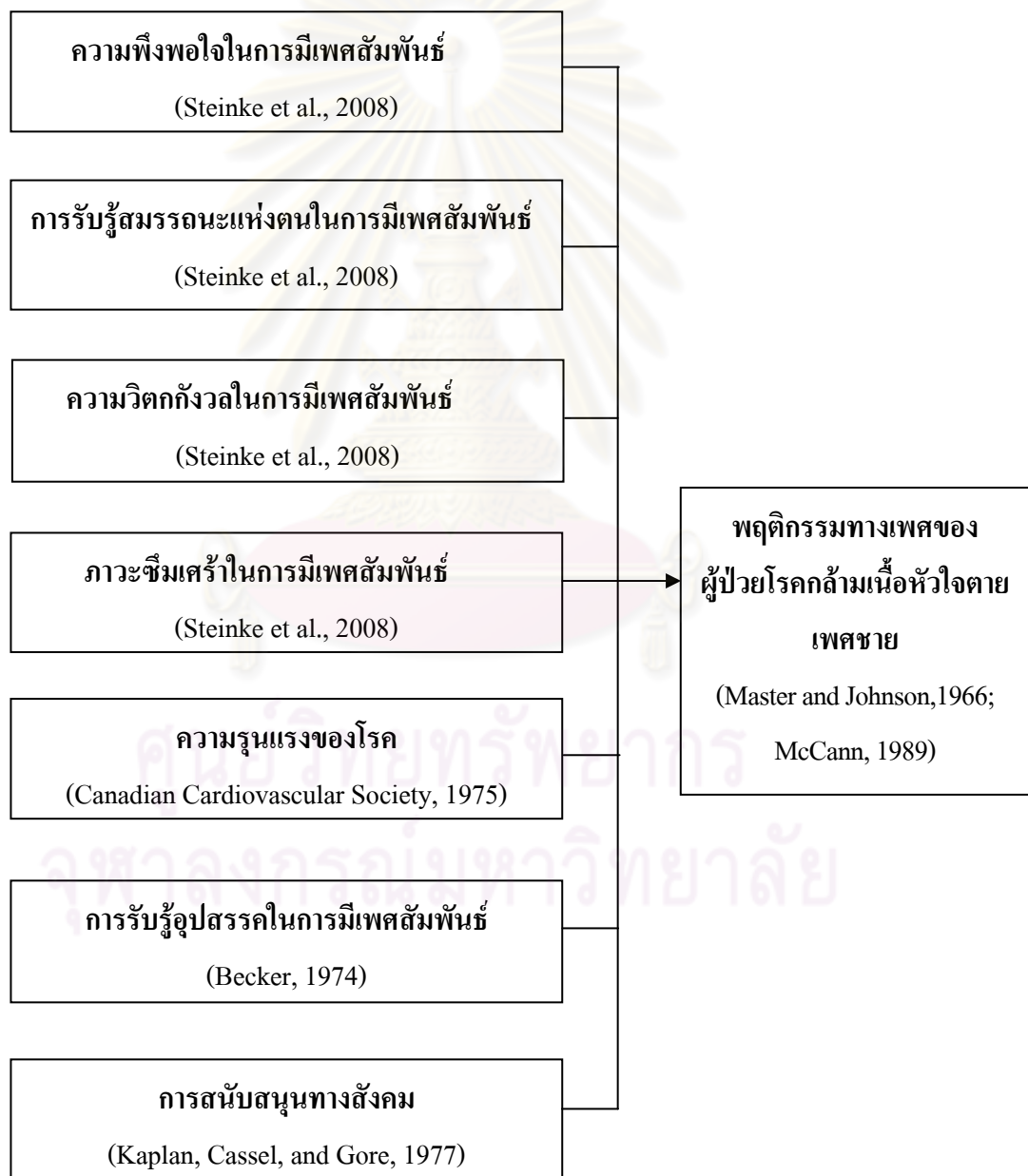
เพศลดลง โดยพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี พบว่า เพศชายร้อยละ 73 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ และร้อยละ 17 ของกลุ่มประชากรผู้ชายโดยทั่วไปมีปัญหาในเรื่องสมรรถภาพทางเพศเสื่อมจากอวัยวะเพศไม่แข็งตัว นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 22 จากกลุ่ม LHL มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ตัวแปรทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ได้ดีที่สุดคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพทางลบ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพร่างกายและการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนตัวแปรทำนายการมีสุขภาพทางเพศที่ดี คือ ปัญหาจากแรงจูงใจทางเพศ และความบกพร่องทางเพศ

Steinke et al. (2008) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุโรคหัวใจวาย โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงจำนวน 59 คน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจวายจำนวน 85 คน ผลการศึกษา พบว่า อายุ สถานภาพสมรสคู่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงกับผู้ที่เป็นโรคหัวใจวาย นอกจากนี้พบว่า อึดมโนทัศน์ทางเพศ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ อายุ สถานภาพสมรสคู่ โดยเฉพาะที่แต่งงานกันใหม่ ๆ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ ร้อยละ 31 ($R^2 = .311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาแยกองค์ประกอบของ อึดมโนทัศน์ทางเพศ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ อายุ และสถานภาพสมรส สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ศึกษาในประเทศยังมีน้อย พบเพียง 1 เรื่อง ได้แก่ งานวิจัยของวินด์ย์ หลงละเลิง (2552) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยนำแนวคิดอึดมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) และแนวคิดปัญญาสังคม (Bandura, 1997) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่อหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ เมื่อพิจารณาแล้วพบว่างานวิจัยดังกล่าว เป็นการศึกษาครอบคลุมด้านจิตสังคม แต่เพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมแบบองค์รวมได้แก่ กาย จิต สังคม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยทางด้านร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคมะเร็งเพิ่มเติม และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมทางเพศของเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย นอกจากนี้ข้อจำกัดของงานวิจัยดังกล่าวใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสร้างแบบสอบถามตามแนวคิดการ

สนับสนุนทางสังคมของ Kaplan et al. (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้มีความเฉพาะกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาความสัมพันธ์และร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ดังแสดงในกรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายวัยผู้ใหญ่ สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างน้อย 2 เดือน มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1-4 (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายวัยผู้ใหญ่ สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1-4 ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาอย่างน้อย 2 เดือน เนื่องจากหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย 6-8 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติโดยไม่เกิดอันตรายต่อร่างกาย (Jackson, 2000)
2. เคยมีพฤติกรรมทางเพศหลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้น โรคที่เกิดร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และหัวใจเต้นผิดปกติ
4. สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน

5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ

ขณะตอบแบบสอบถาม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบของโรค เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ เป็นลม หอบเหนื่อย หัวใจเต้นผิดปกติ หรือมีอาการไม่สบายของร่างกาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างส่งไปพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรคำนวณของ Thorndike (1978) คือ $n = 10k+50$ (k คือ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา, n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง) ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 8 ตัวแปร ($10 \times 8 + 50$) ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 130 คน และพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 คน (Dillman, 2000)

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 2.1 แบ่งโรงพยาบาลในสังกัดของรัฐ ระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจ ตามพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ดังนี้

- 2.1.1 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวน 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- 2.1.2 โรงพยาบาลในเขตปริมณฑล มีจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลทรวงอก และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตตองครักษ์

- 2.2 สุ่มโรงพยาบาลแต่ละเขตพื้นที่ โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากมากลุ่มละ 1 โรงพยาบาล ได้ 2 โรงพยาบาล โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลในเขตปริมณฑล ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- 2.3 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอุบัติเหตุ (Accidental sampling) โดยสำรวจรายชื่อและตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้จากเวชระเบียน ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และ

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดให้มีจำนวน เท่าๆ กันทั้ง 2 โรงพยาบาล จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 143 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 9 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรักษาที่ได้รับ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านพฤติกรรมทางเพศภายหลังจากเป็นโรคหัวใจ และประวัติการมีพฤติกรรมทางเพศภายหลังที่เป็นโรคหัวใจ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของวินิตย์ หลงละเลิง (2552) มีจำนวนทั้งหมด 11 ข้อ โดยตัดออก 1 ข้อและเพิ่ม 1 ข้อ โดยเพิ่มข้อคำถามรูปแบบพฤติกรรมทางเพศภายหลังจากเป็นโรคหัวใจ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ใช้แบบสอบถามของวินิตย์ หลงละเลิง (2552) ตามแนวคิดของ Master & Johnson (1966), McCann (1989) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95 มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ข้อคำถามรูปแบบพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-10 และ 2) ข้อคำถามรูปแบบพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 11-16 แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบบสอบถามชุดนี้ไม่มีข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 ราย และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศและโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 143 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังแสดงในตารางที่ 1

หลังนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีจำนวน 16 ข้อเท่าเดิม มีลักษณะคำตอบให้เลือก 3 ข้อ ได้แก่ ลดลง คงเดิม เพิ่มขึ้น โดยให้กลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับพฤติกรรมทางเพศก่อนที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

กลุ่มตัวอย่างตอบลดลง	ให้	0 คะแนน
กลุ่มตัวอย่างตอบคงเดิม	ให้	1 คะแนน
กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มขึ้น	ให้	2 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยรวม โดยนำคำตอบของแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-32 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูต (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	21.4 – 32.0	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	10.7 – 21.3	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	0 – 10.6	คะแนน

สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนนพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายรายด้าน มีเกณฑ์ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ จำนวน 10 ข้อ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูต (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	13.4 - 20.0	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	6.7 - 13.3	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	0 - 6.6	คะแนน

กลุ่มที่ 2 พฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ จำนวน 6 ข้อ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-12 คะแนน เกณฑ์การแปลผลใช้ของ ประคอง กรรณสูต (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	8 - 12.0	คะแนน
ระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	4 - 7.9	คะแนน
ระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	0 - 3.9	คะแนน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ

Steinke et al. (2008) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.92 ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 3 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 ราย และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 143 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังแสดงในตารางที่ 1

หลังจากนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีจำนวน 3 ข้อเท่าเดิม ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก – ไม่เห็นด้วยอย่างมาก โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	(5 คะแนน)
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	(4 คะแนน)
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	(3 คะแนน)
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	(2 คะแนน)
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	(1 คะแนน)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 3 – 15 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้ของ Steinke et al. (2008) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความพึงพอใจระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง 11 - 15.0 คะแนน
ความพึงพอใจระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง 7 - 10.9 คะแนน
ความพึงพอใจระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง 3 - 6.9 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้

อ้อมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.95 ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 ราย และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 143 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังแสดงในตารางที่ 1

หลังจากนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีจำนวน 4 ข้อเท่าเดิม ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก – ไม่เห็นด้วยอย่างมาก โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	(5 คะแนน)
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	(4 คะแนน)
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	(3 คะแนน)
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	(2 คะแนน)
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	(1 คะแนน)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 4 - 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้ของ Steinke et al. (2008) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง 14.8 - 20.0 คะแนน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง 9.4 - 14.7 คะแนน
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง 4.0 - 9.3 คะแนน

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ใช้แบบสอบถามของ

วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.92 ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบทั้งหมด แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.80 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 ราย และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 143 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังแสดงในตารางที่ 1

หลังจากนำไปใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีจำนวน 5 ข้อเท่าเดิม เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก – ไม่เห็นด้วยอย่างมาก โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	(5 คะแนน)
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	(4 คะแนน)
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	(3 คะแนน)
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	(2 คะแนน)
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	(1 คะแนน)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5- 25 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้ของ Steinke et al. (2008) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้

ความวิตกกังวลระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	18.4 - 25.0	คะแนน
ความวิตกกังวลระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	11.7 - 18.3	คะแนน
ความวิตกกังวลระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	5.0 - 11.6	คะแนน

ชุดที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ใช้แบบสอบถามของ

วินิตย์ หลงละเลิง (2552) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.93 ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 5 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบทั้งหมด แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.80 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ จำนวน 30 ราย และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยทหารอากาศ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 143 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังแสดงในตารางที่ 1

หลังจากนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีจำนวน 5 ข้อเท่าเดิม เป็นคำถามเชิงลบทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก – ไม่เห็นด้วยอย่างมาก โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	(5 คะแนน)
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	(4 คะแนน)
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	(3 คะแนน)
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	(2 คะแนน)
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	(1 คะแนน)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5- 25 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Steinke et al. (2008) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ภาวะซึมเศร้าระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	18.4 - 25.0 คะแนน
ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	11.7 - 18.3 คะแนน
ภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	5.0 - 11.6 คะแนน

ชุดที่ 7 แบบประเมินความรุนแรงของโรค ประยุกต์ใช้แบบประเมินของ ผจงจิต อัสวิกุล (2542) ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคด้วยตนเองโดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บหน้าอก ใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) มีทั้งหมด 7 ข้อ แบ่งความรุนแรงของโรคได้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ในระดับปกติ เช่น เดินหรือขึ้นบันได โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จะเกิดอาการเมื่ทำงานอย่างหนักเป็นเวลานาน

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติ เช่น เดินหรือขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว เดินหรือขึ้นบันไดหลังรับประทานอาหาร อากาศหนาวเกินไป ลมแรงเกินไป มีอาการเหนื่อย เดินมากกว่า 90 เมตรบนพื้นราบ และเดินขึ้นบันไดมากกว่า 1 ชั้นในภาวะปกติ จึงมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และถ้าได้พักระยะหนึ่งจะสามารถทำกิจกรรมต่อไปได้

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติอย่างชัดเจน เช่น เดิน 90-180 เมตร บนพื้นราบ และขึ้นบันได 1 ชั้นในภาวะปกติแล้วจะมีอาการเจ็บหน้าอก อาการไม่ดีขึ้นเมื่อพัก ต้องอมยาขยายหลอดเลือดได้ลิ้นจึงดีขึ้น

ระดับที่ 4 ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะพัก

โดยแบบประเมินได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามบางข้อให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย และคำถามบางข้อเพิ่มคำอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.86 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบภาษาที่ใช้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจได้หรือไม่ หลังจากนั้นไปทดลองใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าใจ สามารถตอบได้ โดยไม่มีข้อคำถามเพิ่มเติม

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

- 1 หมายถึง ความรุนแรงของโรกระดับที่ 1
- 2 หมายถึง ความรุนแรงของโรกระดับที่ 2
- 3 หมายถึง ความรุนแรงของโรกระดับที่ 3
- 4 หมายถึง ความรุนแรงของโรกระดับที่ 4

ชุดที่ 8 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ตามแนวคิดของ Becker (1974) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.88 ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบทั้งหมด แบบสอบถามได้ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย และข้อคำถามบางข้อเพิ่ม คำอธิบายเพิ่มเติม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะ จากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปคำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.90 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่ม ตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา แผนก ผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 ราย และ นำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 143 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังแสดงในตารางที่ 1

หลังจากนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อเท่าเดิม เป็นคำถาม เชิงลบทั้งหมด ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก – ไม่เห็นด้วยอย่าง มาก โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	(5 คะแนน)
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	(4 คะแนน)
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	(3 คะแนน)
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก	(2 คะแนน)
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด	(1 คะแนน)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนน รวมอยู่ในช่วง 10 – 50 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Steinke et al. (2008) แบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

การรับรู้อุปสรรคระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	36.8 - 50.0 คะแนน
การรับรู้อุปสรรคระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	23.4 - 36.7 คะแนน
การรับรู้อุปสรรคระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	10.0 - 23.3 คะแนน

ชุดที่ 9 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Kaplan et al. (1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาแบบสอบถาม ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Kaplan et al. (1977) ที่กล่าวถึง ความหมายและองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

2) รวบรวมคำสำคัญตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Kaplan et al. (1977) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม/ ความหมาย/ แหล่งสนับสนุนทางสังคม/ ประเภทของการสนับสนุน เพื่อนำมาสร้างคำจำกัดความ หลังจากนั้นดำเนินการสร้างแบบสอบถามให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมคำจำกัดความ และกำหนดมาตรวัดเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับโดยมีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยให้ความหมายของตัวเลือก และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงทั้งหมด	(5 คะแนน)
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่	(4 คะแนน)
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	รู้สึกที่ไม่แน่ใจในข้อความหรือประโยคนั้น	(3 คะแนน)
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงบ้างเล็กน้อย	(2 คะแนน)
เป็นจริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเลย	(1 คะแนน)

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10 – 50 คะแนน ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนนของ ประคอง วรรณสูตร (2542) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	มีคะแนนระหว่าง	36.8 - 50.0 คะแนน
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง	23.4 - 36.7 คะแนน
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	มีคะแนนระหว่าง	10.0 - 23.3 คะแนน

3) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษา

4) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ปรับข้อคำถามให้มีความสั้น กระชับ สามารถอ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปคำนวณค่า CVI ได้เท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 ราย และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 143 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังแสดงในตารางที่ 1

หลังจากนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อเท่าเดิม ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด - เป็นจริงน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่

1.1.1 อาจารย์แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมทางเพศ 1 ท่าน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน

1.1.4 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่มีความรู้ความชำนาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน

1.1.5 พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.80 (Polit and Beck, 2004) จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย ก็จะมี ความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์

สูตรคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

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

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามแต่ละชุด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ที่มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) หลังจากนั้น นำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวนเท่าๆ กัน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 143 คน ได้ค่าความเที่ยงของแต่ละแบบสอบถาม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30) กับกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลจริง (n = 143)

แบบสอบถาม	ค่า CVI	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค	
		ทดลองใช้ (n = 30)	เก็บข้อมูลจริง (n = 143)
1. พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย	1.00	0.92	0.92
2. ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์	1.00	0.82	0.86
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์	1.00	0.91	0.95
4. ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์	0.80	0.87	0.96
5. ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์	0.80	0.85	0.92
6. แบบประเมินความรุนแรงของโรค	0.86	-	-
7. การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์	0.90	0.82	0.78
8. การสนับสนุนทางสังคม	0.90	0.87	0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2553 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดำเนินการขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง

1.2 ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลแต่ละแห่งแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าคลินิกโรคหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวัน เวลาที่คลินิกของโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งเปิดให้บริการ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงวัน เวลา ของคลินิกที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมการแพทย์ทหารอากาศ และ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วัน	เวลา	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ
จันทร์	08.00-12.00	✓	
	16.00-20.00		✓
อังคาร	08.00-12.00	✓	
	16.00-20.00		✓
พุธ	08.00-12.00	✓	
	13.00-16.00		✓
	16.00-20.00		✓
พฤหัสบดี	16.00-20.00		✓
ศุกร์	08.00-12.00		✓
	13.00-16.00		✓
	16.00-20.00		✓
เสาร์	08.00-12.00		✓

การเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 143 คน มีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่เข้ารับการรักษาตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form)

2.4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละ 1 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ซึ่งเป็นห้องตรวจของแพทย์และมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามทั้ง 9 ชุด สำหรับในชุดที่ 7 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเองโดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณคนละ 30 นาที หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้หรือมองเห็นตัวอักษรไม่ชัด ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ผู้วิจัยบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือกในกรณีดังกล่าวใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 45 นาที ในการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามให้มีความชัดเจนและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

2.5 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 143 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล ทั้ง 2 แห่ง โดยได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ จึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือ

คำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลแต่อย่างไรต่อการรักษาจากแพทย์และพยาบาล โดยผู้วิจัยอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/ participant information sheet) ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ขณะตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับสำคัญทางสถิติที่ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย วิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย และหาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้เกณฑ์ของ บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร (2553) ดังนี้

$r = \pm 1.00$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
r มีค่าระหว่าง .30 - .70	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

$r < .30$ หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
 $r = 0$ หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

4. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัย ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 143 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 3

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4, 5 และ 6 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรค อาชีพ การรักษาที่ได้รับ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ให้คำแนะนำ ความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ สิ่งที่ต้องการทราบเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ และการมีพฤติกรรมทางเพศหลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (n = 143)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) $\bar{X} = 54.45$ $SD = 5.88$		
31-40	3	2.1
41-50	30	21.0
51-60	110	76.9
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	18.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	11.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	24	16.8
อนุปริญญา หรือ ปวช. หรือ ปวส.	25	17.5
ปริญญาตรี	47	32.8
ปริญญาโท	5	3.5
ระยะเวลาการเป็นโรค		
2 เดือน – 3 ปี	102	71.3
4 – 7 ปี	34	23.8
มากกว่า 8 ปีขึ้นไป	7	4.9
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	7	4.9
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	65	45.4
รับจ้าง	22	15.4
ทำไร่ – ทำนา / เกษตรกรรม	6	4.2
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	25	17.5
อื่น ๆ	18	12.6

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การรับประทานยา	110	76.9
การขยายหลอดเลือดหัวใจ	77	53.8
การผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ	37	25.9
อื่น ๆ	1	0.7
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ		
เคยได้รับ	50	35
ไม่เคยได้รับ	93	65
เคยได้รับคำแนะนำจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์	28	19.6
พยาบาล	26	18.2
เพื่อน	8	5.6
ผู้ป่วยอื่น	1	0.7
ครอบครัว	1	0.7
อื่น ๆ	8	5.6
ความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ		
ต้องการ	93	65
ไม่ต้องการ	50	35
ต้องการคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์เรื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ประโยชน์และผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์	62	43.4
สมรรถนะทางเพศหลังจากเป็นโรคหัวใจ	55	38.5
การปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ	61	42.7
สถานที่ให้บริการรักษาปัญหาทางเพศ	30	21.0
อื่น ๆ	2	1.4

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
หลังจากเป็นโรคหัวใจท่านเคยมีพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การจับมือ	67	46.9
การโอบกอด	71	49.7
การจูบหรือหอมแก้ม	63	44.1
การพูดคุยกับคนรักด้วยความห่วงใย	77	53.8
การพูดเปิดเผยในเรื่องเพศ	64	44.8
การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง	34	23.8
การร่วมเพศกับภรรยา/ คู่นอน	116	81.1

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.9 อายุเฉลี่ย 54.45 ปี (SD = 5.88) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 32.9 รองลงมา ระดับประถมศึกษา และอนุปริญญา, ปวช หรือ ปวส. คิดเป็นร้อยละ 18.2 และร้อยละ 17.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจนาน ตั้งแต่ 2 เดือน – 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 71.3 รองลงมา 4-7 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.8 มีอาชีพ รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 17.5 การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่โดยการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 76.9 รองลงมาได้แก่ การขยายหลอดเลือดหัวใจ และการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 53.8 และ ร้อยละ 25.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 65 และอีก ร้อยละ 35 เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ โดยในจำนวนนี้พบว่าเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 19.6 รองลงมา คือ พยาบาลและเพื่อน คิดเป็นร้อยละ 18.2 และร้อยละ 5.6 ตามลำดับ และยังมีกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5.6 ที่ได้รับคำแนะนำจากแหล่งอื่นๆ เช่น การได้รับข่าวสารจากหนังสือ วารสารต่าง ๆ การประชาสัมพันธ์ และจาก Internet เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 มีความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หลังจากเป็นโรคหัวใจ ส่วนใหญ่ต้องการปรึกษาเรื่องประโยชน์และผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 43.4 รองลงมา คือ เรื่องการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 42.7 ภายหลังเป็นโรคหัวใจกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศในรูปแบบที่มีการร่วมเพศกับภรรยา / คู่นอน คิดเป็นร้อยละ 81.1

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4, 5 และ 6 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143)

ตัวแปรต้น	\bar{X}	SD	Min	Max	การแปลผล (ระดับ)
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์	14.47	3.78	4	20	ปานกลาง
ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์	10.83	2.98	3	15	ปานกลาง
ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์	11.80	4.72	5	25	ปานกลาง
ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์	12.14	5.04	5	25	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์	24.05	5.43	10	40	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	32.05	8.43	10	49	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนตัวแปรทำนายทุกตัวอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 14.47 (SD = 3.78) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 10.83 (SD = 2.98) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 11.80 (SD = 4.72) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 12.14 (SD = 5.04) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 24.05 (SD = 5.43) และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 32.05 (SD = 8.43)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละของระดับความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย (n = 143)

ระดับความรุนแรงของโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1	115	80.4
ระดับที่ 2	25	17.5
ระดับที่ 3	3	2.1

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 80.4 ระดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 17.5 และระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 2.1 ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความรุนแรงของโรคระดับที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 0

ตารางที่ 6 แสดงคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและจำแนกตามรูปแบบ ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ และพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ (n = 143)

พฤติกรรมทางเพศ	\bar{X}	SD	Max	Min	การแปลผล (ระดับ)
พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ	7.87	3.52	0	18	ปานกลาง
พฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ	4.67	2.68	0	12	ปานกลาง
พฤติกรรมทางเพศโดยรวม	12.54	5.67	0	30	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศแบบที่ไม่มีการร่วมเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 7.87$, SD = 3.52) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศแบบที่มีการร่วมเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.67$, SD = 2.68) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.54$, SD = 5.67) แสดงให้เห็นว่าในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศขณะที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) (n = 143)

ตัวแปรต้น	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	(b)	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์	.652	.244	.000
ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์	.645	.230	.000
ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์	-.610	-.196	.000
ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์	-.557	-.229	.000
การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์	-.458	-.299	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.394	.165	.000
ความรุนแรงของโรค	-.368	-.283	.000

จากตารางที่ 7 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .652, .645$ และ $.394$ ตามลำดับ)

ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.610, -.557, -.458$ และ $-.368$ ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาความสามารถในการทำนายของตัวแปรต้นแต่ละตัวกับตัวแปรตาม (Simple Regression) พบว่า ทุกค่าสหสัมพันธ์มีนัยสำคัญที่ร้อยละ 99 แสดงว่า ตัวแปรต้นแต่ละตัวมีประสิทธิภาพในการทำนายตัวแปรตามได้ กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์สามารถอธิบายความแปรปรวนของการมีพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้มากที่สุด ($R^2 = .425$) คือร้อยละ 42.5 ส่วนความรุนแรงของโรคสามารถอธิบายความแปรปรวนของการมีพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้น้อยที่สุด ($R^2 = .13$) คือร้อยละ 13



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และ ความรุนแรงของโรค กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

ตัวทำนาย	b	B	t	p-value	Tolerance	VIF
(Constant)	.452		2.228	.028		
self-efficacy	.083	.220	2.159	.033	.301	3.323
satisfaction	.065	.184	1.810	.072	.303	3.295
depress	-.111	-.295	-2.568	.011	.238	4.209
anxiety	.016	.045	.406	.685	.257	3.886
barrier	-.053	-.081	-1.206	.230	.693	1.443
Severity disease	.083	.197	3.313	.011	.883	1.133
Social support	-.097	-.126	-2.023	.045	.804	1.243

Overall F = 26.397 (p = .000), R = .760, R² = .578

จากการสำรวจ สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปรทำนาย (ภาคผนวก ง หน้า 182) พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ($r = .844, p < .01$) และ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ระดับสูง ($r = .821, p < .01$) เมื่อใช้เกณฑ์การพิจารณาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่ามากกว่า 0.80 (Steven, 1996) อาจทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับ Multicollinearity ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แต่การหาความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายวิธีนี้มีจุดอ่อน คือ ถ้าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีจำนวนมากกว่า 2 ตัวขึ้นไป โอกาสที่จะเกิดปัญหา Multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระยังมีมากขึ้น (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาวิธีการตรวจสอบ

Multicollinearity โดยพิจารณาค่า Tolerance และค่า VIF ดังแสดงในตารางที่ 8 พบว่าค่า Tolerance ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน Tolerance มีค่าปกติอยู่ระหว่าง 0-1 ค่ายิ่งใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยปกติค่า Tolerance ที่ต่ำกว่า 0.10 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูง หรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity และพิจารณาค่า VIF (Variance Inflation Factor) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันอีกวิธี ค่า VIF ยิ่งมีค่ามาก (มากกว่า 10) แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูง หรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) จากตารางพบว่า ค่า Tolerance และ ค่า VIF มีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่เมื่อพิจารณาตัวแปรทำนายทั้ง 2 คู่ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงพบว่าค่า Tolerance มีค่าเข้าใกล้ 0.1 และ ค่า VIF มีค่าเกือบเข้าใกล้ 10 และมีค่ามากกว่าตัวแปรทำนายตัวอื่นๆ

จากตารางที่ 8 อธิบายการวิเคราะห์การทำนายการมีพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตัวแปรเชิงพหุ 7 ตัวแปร เป็นตัวทำนายระหว่างกัน ผลปรากฏว่า

1) Overall F มีค่า 26.39 ($p < .000$) หมายถึง ตัวแปรทำนายทั้ง 7 ตัว ร่วมกันทำนายหรือมีความสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

2) $R^2 = .578$ หมายถึง ประสิทธิภาพในการทำนาย เท่ากับร้อยละ 57.8

3) พิจารณาค่า β พบว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุดรองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และสุดท้ายคือ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์

4) พิจารณาค่า β ของตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และอุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์มีค่าน้อย ($\beta = 0.045$ และ -0.081 ตามลำดับ) และไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการทำนาย มิได้หมายความว่า ตัวแปรทำนายดังกล่าว ไม่มีประสิทธิภาพในการทำนาย เพียงแต่ความสามารถในการทำนายไม่เพิ่มขึ้น เมื่อร่วมทำนายกับตัวแปรทำนายอื่นๆ ทั้งนี้เป็นลักษณะของ Multiple Regression และหรือ ตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัว มีอิทธิพลทางอ้อมส่งผ่านตัวแปรตัวอื่น น่าจะมีการศึกษาในเชิงลึกต่อไป

จากตารางที่ 8 สรุปได้ว่า ตัวแปรทำนายทั้งหมด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจตายเพศชายได้ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 42.2 ยังไม่สามารถอธิบายได้ ทั้งนี้เนื่องจากผลของปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาเป็นตัวแปรทำนาย เช่น เจตคติ ลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล ความเชื่อทางเพศ ค่านิยมทางเพศ และวัฒนธรรม เป็นต้น

และเมื่อพิจารณาค่า Significance ของสถิติทดสอบ F ของแต่ละ Model ในตารางพบว่า มีค่าน้อยกว่า .05 ทุก Model นั้นหมายความว่า ตัวแปรทำนายแต่ละตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในรูปเชิงเส้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ดังนั้น สรุปได้ว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 7 ตัวแปร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจาก Model ที่ 7 พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = -0.295$) รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = 0.220$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.197$) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = 0.184$) ความรุนแรงของโรค ($\beta = -0.126$) การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = -0.081$) และสุดท้าย คือ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = 0.045$) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 7 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค เป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางเพศ ได้ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมทำนายได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นสามารถสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\begin{aligned}
 Z_{\text{พฤติกรรมทางเพศ}} = & 0.220 Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์*}} + 0.184 Z_{\text{ความพึงพอใจในการมี}} \\
 & \text{เพศสัมพันธ์} - 0.295 Z_{\text{ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์*}} + 0.045 Z_{\text{ความวิตกกังวลในการมี}} \\
 & \text{เพศสัมพันธ์} - 0.081 Z_{\text{การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์}} + 0.197 Z_{\text{การสนับสนุนทาง}} \\
 & \text{สังคม*} - 0.126 Z_{\text{ความรุนแรงของโรค*}}
 \end{aligned}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานจะพบว่า คะแนนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานพฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น 0.220 คะแนนมาตรฐานของความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานพฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น 0.184 หน่วย คะแนนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานพฤติกรรมทางเพศลดลง 0.295 หน่วย คะแนนมาตรฐานของความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานพฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น 0.045 หน่วย คะแนนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานพฤติกรรมทางเพศลดลง 0.081 หน่วย คะแนนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานพฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น 0.197 หน่วย และคะแนนมาตรฐานของความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานพฤติกรรมทางเพศลดลง 0.126 หน่วย

จากสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานของพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีเครื่องหมายบวก ซึ่งตรงกันข้ามกับความเป็นจริง ทั้งนี้เนื่องจากความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์และภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($r = .844$ แสดงในภาคผนวก ง หน้า 182) ทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity จึงทำให้มีเครื่องหมายตรงกันข้ามกับความเป็นจริง (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) แต่ในความเป็นจริงเชิงพฤติกรรม พบว่า เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลมากส่งผลให้พฤติกรรมทางเพศลดลง เนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ส่งผลให้ความต้องการทางเพศ ในทางสถิติ เมื่อเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสูง ควรตัดตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) ที่มีความสัมพันธ์กันเองสูงออกไป หรืออาจใช้ตัวแปรทำนายตัวเดิม แต่ต้องระมัดระวังในการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้มีการทบทวนวรรณกรรมตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตัดตัวแปรคู่ที่มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นในการนำผลการวิจัยไปใช้ควรมีความระมัดระวังในการใช้และการแปลความหมายของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายและตัวแปรตาม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้อย่างเต็มที่

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายวัยผู้ใหญ่ สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1-4 (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม 2553 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2554 ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จำนวน 143 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 9 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย 3) แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ 4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ 5) แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ 6) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ 7) แบบประเมินความรุนแรงของโรค 8) แบบสอบถามการรับรู้

อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และ 9) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1.0, 1.0, 1.0, 0.8, 0.8, 0.86, 0.9 และ 0.9 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92, .82, .91, .87, .85, .82 และ .87 ตามลำดับ (ยกเว้นแบบประเมินความรุนแรงของโรค)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย วิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์

3. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายของตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.9 ($\bar{X} = 54.45$, $SD = 5.88$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 32.9 รองลงมา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 18.25 ส่วนใหญ่มีอาชีพ รับราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ รองลงมา มีอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 45.5 และร้อยละ 17.5 ตามลำดับ การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่โดยการรับประทานยา คิดเป็นร้อยละ 76.9 รองลงมา ได้แก่ การขยายหลอดเลือดหัวใจ และการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 53.8 และร้อยละ 25.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65 ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 35 เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์โดยได้รับจากแพทย์ ร้อยละ 19.6 รองลงมา จากพยาบาล ร้อยละ 18.2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 มีความต้องการที่จะได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หลังจากเป็นโรคหัวใจ ส่วนใหญ่ต้องการปรึกษาเรื่องประโยชน์และผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 43.4 รองลงมาคือเรื่องการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 42.7 หลังจากเป็นโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศในรูปแบบที่มีการร่วมเพศกับภรรยา/คู่นอน คิดเป็นร้อยละ 81.1 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 80.4 และร้อยละ 17.5 ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศแบบที่ไม่มีการร่วมเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 7.87$, $SD = 3.52$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศแบบที่มีการร่วมเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.67$, $SD = 2.67$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.54$, $SD = 5.67$) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทำนายพฤติกรรมทางเพศทุกตัวอยู่ในระดับปานกลาง โดยตัวแปรทำนายแต่ละตัวมีคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 10.83 ($SD = 2.98$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 14.47 ($SD = 3.78$) คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 12.14 ($SD = 5.04$) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 11.80 ($SD = 4.72$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 24.05 ($SD = 5.43$) และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 32.05 ($SD = 8.43$)

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .652$, $.645$ และ $.394$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้

อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

($r = -.610, -.557, -.458$ และ $-.368$ ตามลำดับ)

ตัวแปรทำนายคู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ($r = .844, p < .01$) รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ($r = .821, p < .01$) เมื่อใช้เกณฑ์การพิจารณาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่ามากกว่า 0.8 (Steven, 1996) แสดงว่าตัวแปรทำนายคู่ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันสูง จนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แต่การหาความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายวิธีนี้มีจุดอ่อน คือ ถ้าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีจำนวนมากกว่า 2 ตัวขึ้นไป โอกาสที่จะเกิดปัญหา Multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระยังมีมากขึ้น (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาวิธีการตรวจสอบ Multicollinearity โดยพิจารณาค่า Tolerance และค่า VIF พบว่า ค่า Tolerance และค่า VIF มีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่เมื่อพิจารณาตัวแปรทำนายทั้ง 2 คู่ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงพบว่าค่า Tolerance มีค่าเข้าใกล้ 0.1 และ ค่า VIF มีค่าเกือบเข้าใกล้ 10 และมีค่ามากกว่าตัวแปรทำนายตัวอื่นๆ

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้ ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมทำนายได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\begin{aligned} Z_{\text{พฤติกรรมทางเพศ}} &= 0.220 Z_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์*}} + 0.184 Z_{\text{ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์}} \\ &- 0.295 Z_{\text{ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์*}} + 0.045 Z_{\text{ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์}} \\ &- 0.081 Z_{\text{การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์}} + 0.197 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม*}} \\ &- 0.126 Z_{\text{ความรุนแรงของโรค*}} \end{aligned}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามสมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

1. พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.54$, $SD = 5.67$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมทางเพศแบบที่ไม่มีการร่วมเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 7.87$, $SD = 3.52$) และแบบที่มีการร่วมเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.67$, $SD = 2.67$) เช่นเดียวกัน อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว ยังคงมีพฤติกรรมทางเพศได้ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมทางเพศทั้งรูปแบบที่มีการร่วมเพศและไม่มีการร่วมเพศ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยังคงมีพฤติกรรมทางเพศ โดยเลือกรูปแบบพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมกับตน เช่น ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ 3 (ร้อยละ 2.1) อาจเลือกพฤติกรรมทางเพศแบบที่ไม่มีการร่วมเพศ เช่น การจับมือ การโอบกอด การจูบหรือหอมแก้ม การลูบคลำ การพูดคุยกับคนรักด้วยความหวังใจ การพูดเปิดเผยในเรื่องเพศ การจินตนาการทางเพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เป็นพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ต้องออกแรง จึงไม่มีผลกระทบต่ออาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.8 มีพฤติกรรมทางเพศแบบที่ไม่มีการร่วมเพศ โดยการพูดคุยกับคนรักด้วยความหวังใจ นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 80.4 และร้อยละ 17.5 ตามลำดับ จากการศึกษาพบว่า ระดับความรุนแรงของโรคในระดับดังกล่าว ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถมีกิจกรรมทางกายได้ปกติ หรือมีข้อจำกัดเพียงเล็กน้อย (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) พฤติกรรมทางเพศเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงาน 2-4 METS ซึ่งพลังงานดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อร่างกายของผู้ป่วย จนทำให้ไม่สามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hellerstein and Friedmen (1970) ที่พบว่า หลังจากได้รับการคุกคามจากภาวะของโรคหัวใจ ผู้ป่วยจะกลับไปมีเพศสัมพันธ์ช้าหรือเร็วขึ้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคมากกว่าจะทำให้มีโอกาสดังกล่าวการกำเริบของโรคบ่อยครั้งมากขึ้น จึงมีพฤติกรรมทางเพศลดลง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 32.8 อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจมีโอกาสดูรับและแสวงหาข้อมูลได้จากแหล่งต่างๆ โดยเฉพาะในปัจจุบันมีการใช้ Internet กันอย่างแพร่หลาย ทำให้มีโอกาสด้านการศึกษาค้นคว้าข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ได้กว้างและมากขึ้น และจากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 5.6 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ จากแหล่งอื่น ๆ เช่น ข่าวสารจากหนังสือ วารสารต่างๆ การประชาสัมพันธ์และจาก Internet เป็นต้น นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วย ตั้งแต่ 2 เดือน – 3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.9 อธิบายได้ว่า ในรายที่เพิ่งทราบว่า เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจจะมีความวิตกกังวลไม่มั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง ทำให้พฤติกรรมทางเพศลดลง แต่เมื่อได้รับการรักษาระยะหนึ่งและอาการของโรคดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในการมีกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมทางเพศ และเมื่อพิจารณา อายุของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 76.9) อธิบายได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น ความต้องการทางเพศจะลดลง เนื่องจากฮอร์โมนเพศลดลง (ชัยพร ภัทราคม, 2548) แต่โดยธรรมชาติแล้ว ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคเรื้อรัง แต่ความต้องการทางเพศยังคงมีอยู่ (พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์, 2548; เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2549) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงมีพฤติกรรมทางเพศทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ผจงจิต อัสวิกุล (2542) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมทางเพศแบบที่ไม่มีการร่วมเพศ ได้แก่ การแสดงความรักกับคู่สมรสหรือคนรัก โดยการจับมือ การโอบกอด การจูบ หรือหอมแก้ม ซึ่งเป็นการแสดงความรักที่ไม่ต้องใช้พลังงานมากเมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ อีกทั้งยังสามารถคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพทางเพศและความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวได้

2. ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .645$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 10.82$, $SD = 2.98$) อธิบายได้ว่าความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์จะเริ่มจากการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเพศตรงข้าม เป็นความพอใจที่เริ่มจากความสนใจในรูปร่าง กลิ่น เสียงและสัมผัสจากเพศตรงข้าม ความพึงพอใจทางเพศมีความสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพต่างๆ รวมถึงสัมพันธ์ภาพทางเพศ เนื่องจากความพึงพอใจทางเพศจะเกิดขึ้นและคงไว้ได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองทางเพศ ประโยชน์ของความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ทำให้คลายเครียด กล้ามเนื้อผ่อนคลาย นอนหลับได้ดี หน้าตาผ่องใส เพราะขณะที่นอนหลับสนิท กระบวนการสร้างฮอร์โมนเพศจะทำงานปกติ ผิวพรรณเปล่งปลั่ง อวัยวะที่ควบคุมฮอร์โมนเพศจะทำงานได้ดี เมื่อบุคคลมีความพึงพอใจทางเพศแล้วจะทำ

ให้บุคคลนั้นมีความมั่นใจตนเองและเชื่อว่าตนสามารถให้ความสุขทางเพศกับคู่หรือภรรยาของตนได้ (สุชาติ โสมประยูร และวรรณี โสมประยูร, 2541; พันธุ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์, 2546) ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลนั้นไม่มีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์กับคูครองของตนจะนำไปสู่ปัญหาการนอกใจ และทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาด้วย เช่น ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น (พันธุ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์, 2543; ชุมพร ขงกิตตกุล, 2545)

Steinke et al. (2008) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์เป็นความรู้สึกมุมมองของบุคคลนั้น ทางด้านบวกเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมทางเพศ จากการศึกษาของ Steinke et al. (2008) พบว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Drory et al. (1998) ที่พบว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งด้านความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ ($r = .42$) และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ($r = .28$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ที่พบว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .517$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .652$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 14.47$, $SD = 3.78$) อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความมั่นใจของบุคคลว่าตนสามารถจะทำพฤติกรรมเป้าหมายได้สำเร็จ Bandura (1997) กล่าวว่าบุคคลจะทำพฤติกรรมใดๆ นั้นขึ้นกับองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ ถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงย่อมมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจะทำพฤติกรรมได้สำเร็จ และจะคงพฤติกรรมนั้นไว้ถ้าพฤติกรรมนั้นเป็นประโยชน์หรือเกิดผลดีกับตน ต่อมา Steinke et al. (2008) ได้นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้เป็น 1 ใน 4 องค์ประกอบของแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual Self-Concept) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ จึงเป็นความเชื่อมั่นหรือมั่นใจในความสามารถของตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ ได้สำเร็จตามความต้องการของบุคคลนั้น จากการศึกษาของ Steinke et al. (2008) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ ร้อยละ

38.4 ($R^2 = .384$) สอดคล้องกับ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศ ($r = .605$, $p < .05$) และการศึกษาของ อรณูช เทียวสะอาด (2544) พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น และสามารถทำได้เหมาะสมโดยไม่มีอาการแทรกซ้อนขณะมีพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้ในการศึกษาดังกล่าวยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.67 มีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งขึ้น และกลุ่มตัวอย่างบางรายมีพฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้นจากเดิมนานๆ ครั้ง หรือ เฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อปี เป็น 3-4 ครั้งต่อเดือน

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .394$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 32.05$, $SD = 8.43$) ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย หมายถึง ภรรยาหรือคู่นอน ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมนั้นต้องพิจารณาจากแหล่งที่ให้การสนับสนุน โดยได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาภาวะสุขภาพ (Kaplan et al., 1977) อีกทั้งเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อน เป็นเรื่องระหว่างสามีและภรรยา ดังนั้นแหล่งสนับสนุนพฤติกรรมทางเพศที่สำคัญของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายจึงควรได้รับจากคู่สมรสหรือ คู่นอน Lieberman (1998) กล่าวว่า ถ้าคู่สมรสไม่ได้รับสิ่งที่ประ โยชน์จากกันแล้ว สัมพันธภาพที่ได้จากบุคคลอื่นจะไม่สามารถทดแทนในสิ่งที่ขาดไปได้ ดังนั้นคู่สมรสจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง สอดคล้องกับ Mosack and Steinke (2009) พบว่า ผู้ป่วยหลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีการรับรู้ว่าคุณเองมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ คู่สมรสหรือคู่นอน มีอิทธิพลต่อความรัก ความเอาใจใส่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีพฤติกรรมทางเพศ Kaplan et al. (1977) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมอาจแสดงออกในลักษณะของรูปธรรมหรือนามธรรม เช่น ได้รับการยกย่อง นับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจและช่วยเหลือด้านการเงินหรือด้านร่างกาย การให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางด้านอารมณ์ การที่ภรรยาหรือคู่นอนของผู้ป่วยให้กำลังใจ ให้การยอมรับและยกย่อง ยอมรับข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าและได้รับการยกย่อง เป็นการเพิ่มความมั่นใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศโดยไม่เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ สอดคล้องกับ Drory et al. (1998) และ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17$, $p < .001$ และ $r = .422$, $p < .05$ ตามลำดับ)

3. ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.610$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 โดยการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.14$, $SD = 5.04$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายหลังจากเป็นโรคจะเกิดความวิตกกังวลกับโรค ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัดใจ ตึงเครียดต่อเหตุการณ์ และมีการคาดการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุกคามความมั่นคง ความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจของตน โดยพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายจะมีความวิตกกังวลในการมีพฤติกรรมทางเพศ เนื่องจากคิดว่าการมีพฤติกรรมทางเพศเป็นกิจกรรมที่ต้องออกแรง อาจทำให้อาการกำเริบเฉียบพลัน เหนื่อย เจ็บหน้าอก และเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์ทั้งที่ยังมีความต้องการทางเพศตามธรรมชาติอยู่ก็ตาม (Mosack and Steinke, 2009) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีพฤติกรรมทางเพศแบบมีการร่วมเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 4.67$, $SD = 2.67$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีความวิตกกังวลจึงส่งผลให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว ไม่สามารถคงการแข็งตัวในขณะที่สอดใส่ช่องคลอดได้สำเร็จ กลัวล้มเหลว และกลัวว่าภรรยาหรือคู่นอนของตนจะไม่ได้รับความสุขจากการมีพฤติกรรมทางเพศจึงส่งผลให้อารมณ์ทางเพศลดลง ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมทางเพศ (นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และคณะ, 2546) นอกจากนี้ ในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย มีความคิดเห็นว่า การมีพฤติกรรมทางเพศนั้น ฝ่ายชายควรเป็นผู้เริ่มก่อน ถ้าฝ่ายหญิงเป็นฝ่ายเริ่มก่อนจะถูกมองว่าไม่ดีไม่เหมาะสม Steinke et al. (2008) กล่าวว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์เป็นความตึงเครียดและความวิตกกังวลในมุมมองด้านเพศสัมพันธ์ในชีวิตของบุคคลนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.388$) นอกจากนี้ ศิริอร สิ้นธุ (2526) พบว่า ระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับปัญหาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .78$) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศลดลง

ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.557$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 11.05$, $SD = 4.72$) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ที่พบได้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการศึกษาของ Ellis et al. (2005) พบว่าร้อยละ 38 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีอาการซึมเศร้า เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการเจ็บหน้าอก ความยุ่งยากในการดูแลตนเองเนื่องจากต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อโรค การสูญเสียบทบาทหน้าที่ และการมีข้อจำกัดทางกิจกรรม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ขาดสมาธิไม่กล้าตัดสินใจ ขาดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการขาดความสนใจทางเพศด้วย (Beck, 1967) ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการทำงานของต่อมไร้ท่อทำให้มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลง (ชัยพร ภัทราคม, 2548) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์เป็นความรู้สึกรู้สึกเศร้าไม่มีความสุขเกี่ยวกับสัมพันธ์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) สอดคล้องกับ Drory et al. (1998) ศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความถี่และความพึงพอใจในการมีพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 ($r = -.16$ และ $-.14$ ตามลำดับ) และ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ที่ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.512$)

ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.368$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศลดลง ทั้งนี้เนื่องจาก ความรุนแรงของโรคมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยถึงภาวะที่เป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิต และความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้นจะทำให้ไม่สุขสบายและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ มากขึ้น (Orem, 1991) ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วยและมีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถประเมินจากอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม แบ่งได้ 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ปกติ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ระดับ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมปกติ มีอาการเจ็บหน้าอกและเมื่อพักสามารถทำกิจกรรมต่อได้ ระดับ 3 มีข้อจำกัดในการ

ปฏิบัติการกิจกรรมปกติชัดเจน มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อพักแล้วอาการไม่ดีขึ้นต้องอมยาขยายหลอดเลือดได้ลิ้นจึงจะดีขึ้น และระดับ 4 ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ มีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 คิดเป็นร้อยละ 80.4 และร้อยละ 17.5 ตามลำดับ ซึ่งความรุนแรงของโรคทั้ง 2 ระดับนี้ สามารถปฏิบัติการกิจกรรมทางกายได้ใกล้เคียงกัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงสามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้ แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล และกลัวว่าถ้ามีพฤติกรรมทางเพศแล้วอาการของโรคจะกำเริบขึ้นและอาจเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ การศึกษาของ Hellerstein and Friedmen (1970) ที่พบว่า หลังจากได้รับการคุกคามจากภาวะของโรคหัวใจ ผู้ป่วยจะกลับไปมีเพศสัมพันธ์ช้าหรือเร็วขึ้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคมากกว่าจะทำให้มีโอกาสเกิดอาการกำเริบของโรคบ่อยครั้งมากขึ้น จึงมีพฤติกรรมทางเพศลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของผจงจิต อัสวิกุล (2542) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 5.186$) นอกจากนี้ ศิริอร สินธุ (2526) ศึกษาพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.50$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์มากจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศลดลง นอกจากนี้ พิชญภา พิษะยะ (2547) ศึกษาพบว่า ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.301$) นั่นแสดงว่าความรุนแรงของโรคยิ่งมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมลดลงรวมถึงพฤติกรรมทางเพศด้วยเช่นกัน

การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.458$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 24.05$, $SD = 5.43$) อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของบุคคลที่จะทำให้บุคคลไม่กระทำพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ความไม่รู้ ความไม่สะดวกสบาย ความอายและความเจ็บปวด เป็นต้น ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคมาก บุคคลนั้นก็จะไม่เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้อุปสรรคสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้ (Becker, 1974) ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายจึงเป็นการรับรู้หรือเชื่อว่าเมื่อตน

เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้วตนไม่สามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้ เนื่องจากจะทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยมากกว่าปกติ และถ้าออกแรงมากอาจทำให้หัวใจทำงานหนัก หัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตได้ ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยคงหรือหลีกเลี่ยงที่จะมีพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.322, p < .05$) และปานจิต นวมพลกรัง (2547) ศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.395$) ทั้งนี้ พฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ต้องออกแรงมีผลต่อการทำงานของหัวใจได้เช่นกัน

4. ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ผลการศึกษานี้ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 เมื่อพิจารณาน้ำหนักในการทำนาย พบว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมากที่สุด รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และสุดท้ายคือ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่มีระดับการรู้คิดที่มีเหตุผล สามารถเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของตนได้ เมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก็สามารถยอมรับและเข้าใจ พยายามปรับตัวหรือปรับพฤติกรรมตามข้อจำกัดของการกระทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมถึงการมีพฤติกรรมทางเพศด้วยเช่นกัน (Becker, 1974) จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้ ร้อยละ 42.5 ($R^2 = .425$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมทางเพศได้ ร้อยละ 42.5 (R^2 change

= .425) อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมั่นใจว่าตนสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ บุคคลนั้นก็พยายามจนกระทั่งพฤติกรรมนั้นสำเร็จ ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลนั้นไม่มีความมั่นใจในตนเอง เชื่อว่าตนไม่มีความสามารถ บุคคลนั้นก็ประสบความสำเร็จในการกระทำนั้นได้โดยยาก (Bandura, 1997) เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายรับรู้ว่าตนเป็นโรคแต่สามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้โดยอาจมีโอกาสดึกหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการกำเริบของโรคได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้แต่อาจลดลง เนื่องจากมีข้อจำกัดของการกระทำกิจวัตรประจำวันที่สัมพันธ์กับภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Steinke et al. (2008) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yates et al. (2003) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายระดับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ร้อยละ 7.6 ($R^2 = .076$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 46.2 ($R^2 = .462$) โดยความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.7 ($R^2 \text{ change} = .037$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายเมื่อได้รับการตอบสนองทางเพศจะเกิดความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดความรู้สึกทางบวกกับการมีพฤติกรรมทางเพศจะคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพต่าง ๆ รวมถึงสัมพันธ์ภาพทางเพศ (Steinke et al., 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Drory et al. (1998) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรคหัวใจสามารถทำนายความพึงพอใจในการมีพฤติกรรมทางเพศภายหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 40 ($R^2 = .40$) และการศึกษาของ Steinke et al. (2008) ที่พบว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 52.3 ($R^2 = .523$) โดยภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 6.1 ($R^2 \text{ change} = .061$) อธิบายได้ว่า ภายหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าจากการเผชิญกับภาวะของโรค สูญเสียบทบาทหน้าที่ และถูกจำกัดการมีกิจกรรมต่างๆ ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด สรีรวิทยาและการทำงานของต่อมไร้ท่อส่งผลต่อระบบประสาททำให้ความต้องการทางเพศลดลง และไม่มีความสุขเกี่ยวกับ

สัมพันธ์ภาพทางเพศ (Steinke et al., 2008) สอดคล้องกับ Drory et al. (1998) ศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยด้านจิตใจที่สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 32 และ ร้อยละ 23 ตามลำดับ ($R^2 = .32$ และ $R^2 = .23$ ตามลำดับ, $p < .01$) นอกจากนี้ Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยหัวใจวายได้ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 52.4 ($R^2 = .524$) โดยความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกเพียงร้อยละ .01 ($R^2 \text{ change} = .001$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายจะมีความวิตกกังวลในการมีพฤติกรรมทางเพศ เนื่องจากการมีพฤติกรรมทางเพศเป็นกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก อาจทำให้เหนื่อย เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ อาการรุนแรงมากขึ้น และอาจทำให้เสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ได้จึงทำให้มีพฤติกรรมทางเพศลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Steinke et al. (2008) ที่พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$) นอกจากนี้ ศิริอร สิ้นธุ (2526) พบว่า ความวิตกกังวลสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจได้ร้อยละ 68.54 ($R^2 = .6854$)

การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 53.2 ($R^2 = .532$) โดยการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกเพียงร้อยละ .08 ($R^2 \text{ change} = .008$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีการรับรู้ว่าการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมทางเพศ เนื่องจากจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก การไม่สุขสบายจากอาการเหนื่อย จึงลดหรือหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมทางเพศ และอาจเกิดจากขาดความรู้ที่ถูกต้องในการมีพฤติกรรมทางเพศได้อย่างปลอดภัยโดยไม่เกิดผลกระทบกับร่างกายของตนเอง ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์จึงสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาตัวแปรการรับรู้อุปสรรค เพื่อหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังเช่นการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.322$, $p < .05$) ส่วนการศึกษาปัจจัยร่วมทำนายส่วนใหญ่จะนำตัวแปรการรับรู้อุปสรรค มาศึกษาในพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การศึกษาของ จีราพร ทองดี (2548) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 58.1 ($R^2 = .581$) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมักมีการรับรู้ว่าคุณป่วยเป็นโรคหัวใจ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้เวลาในการรักษาทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษา ประกอบกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น เป็นความยากลำบากและเป็นอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้บุคคลงดหรือหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 56.5 ($R^2 = .565$) โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.3 ($R^2 \text{ change} = .033$) อธิบายได้ว่า วัยผู้ใหญ่ ถึงแม้ว่าจะมีระดับการรู้คิดที่มีเหตุผล สามารถเข้าใจสภาพความเจ็บป่วยของตนได้ แต่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการของโรคทำให้มีผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ไม่กล้าที่จะมีกิจกรรมต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมทางเพศ ผู้ป่วยจึงยังต้องการความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคมต้องพิจารณาจากแหล่งที่ให้การสนับสนุน โดยต้องได้รับจากบุคคลซึ่งมีความสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหา อาจแสดงในรูปแบบของนามธรรมหรือนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การให้ความรักหรือความอบอุ่นทางด้านอารมณ์ การสร้างความรู้สึกทางบวก เช่น การยกย่อง หรืออาจแสดงแบบรูปธรรม เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน การให้วัสดุสิ่งของ หรือการพาไปโรงพยาบาล เป็นต้น (Kaplan et al., 1977) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนระหว่างสามีกับภรรยาเท่านั้น ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคม จึงหมายถึงภรรยาของกลุ่มตัวอย่าง ภรรยาต้องยอมรับและเข้าใจความรู้สึก ความกังวลของผู้ป่วยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสม โดยไม่มีผลกระทบต่อภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งนี้ภรรยาอาจแสดงออกโดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เห็นคุณค่าในตนเอง และสามารถมีพฤติกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับ Drory et al. (1998) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ร้อยละ 32 ($R^2 = .32$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$) โดยความรุนแรงของโรคสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.3 ($R^2 \text{ change} = .013$) อธิบายได้ว่า ความรุนแรงของโรคมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถแบ่งได้จากความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการเจ็บหน้าอก (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof and Gorbien, 1998) ผู้ที่มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 ยังคงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนปกติ ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะที่ออกแรงหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย เมื่อพักอาการจะดีขึ้นและสามารถทำกิจกรรมต่อไปได้ ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 3 และ 4 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงเนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกต้องใช้เวลาเพื่อบรรเทาให้อาการลดลงหรือไม่สามารถมีกิจกรรมต่างๆ ได้เลย เพราะแม้แต่ในขณะที่พักยังมีอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักจะส่งผลให้มีกิจกรรมต่างๆ ลดลง รวมถึงพฤติกรรมทางเพศ ออกกำลังกาย สิริอร สินธุ (2526) ที่พบว่าความรุนแรงของโรคสามารถร่วมทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจได้ร้อยละ 68.68 ($R^2 = .6868$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้ที่มีปัญหาเพศสัมพันธ์มากทำให้พฤติกรรมทางเพศลดลง (Traeen and Olsen, 2007)

สรุปได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคของตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะมีพฤติกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสมกับภาวะของโรค ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 57.8 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 42.2 ยังไม่สามารถอธิบายได้ ทั้งนี้เนื่องจากผลของปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาเป็นตัวแปรทำนาย เช่น เจตคติ ลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล ความเชื่อทางเพศ ค่านิยมทางเพศ และวัฒนธรรม เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่า มีตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์กันสูงทำให้เกิดลักษณะของ Multicollinearity โดยพบว่าตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์กันมากมี 2 คู่ คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ($r = .821$) และ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ($r = .844$) เช่นเดียวกับ วินิตย์ หลงละเลิง (2552) ที่พบว่า ตัวแปรคู่ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันสูง โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สูง ($r = .849$) และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์สูง ($r = .721$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากตัวแปรดังกล่าวเป็นองค์ประกอบของแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) ของ Steinke et al. (2008) อธิบายว่า อัตมโนทัศน์ทางเพศ เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์

อ้อมโนทัศน์ทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แยกองค์ประกอบของแนวคิดอ้อมโนทัศน์ทางเพศเป็นแต่ละตัวแปร โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์และภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ตัวแปรความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Steinke et al. (2008) พบว่า อ้อมโนทัศน์ทางเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจได้ ร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311$) แต่เมื่อพิจารณาแยกตัวแปร พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์และความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจได้ ร้อยละ 38 ($R^2 = .384$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อ้อมโนทัศน์ทางเพศเป็นความรู้สึก ความเชื่อ ความคิดเห็นของบุคคล เป็นบทบาทจากการรับรู้และการประเมินการตัดสินใจตนเอง เกี่ยวกับความสามารถและการมีคุณค่าในตนเอง และเป็นมุมมองของตนเองด้านเพศสัมพันธ์จึงเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางเพศ โดยอ้อมโนทัศน์พัฒนามาจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การอบรมเลี้ยงดู ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมในสังคม (วินิตย์ หลงละเลิง, 2552) ดังนั้นบุคคลจะมีอ้อมโนทัศน์ที่ดีได้ย่อมขึ้นอยู่กับพัฒนาอ้อมโนทัศน์ของแต่ละคน และเมื่อนำมาแยกองค์ประกอบแล้วตัวแปรทำนายดังกล่าวจึงมีผลต่อการทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจแตกต่างกันตามประสบการณ์และบริบทของแต่ละบุคคลและสังคมนั้นๆ นอกจากนี้อาจกล่าวได้ว่า การแยกศึกษาแต่ละองค์ประกอบจะทำให้บุคคลมีมุมมองหรือการรับรู้ของแต่ละองค์ประกอบที่หลากหลายและเมื่อพิจารณาความหมายของแต่ละตัวแปรดังกล่าว พบว่า ตัวแปรที่สะท้อนการรับรู้และความรู้สึกของบุคคลที่อาจเป็นความรู้สึกแบบผสมผสานกัน จึงเป็นการยากที่จะแยกออกจากกันได้ว่าเป็นความรู้สึกหรือการรับรู้เช่นไร

การศึกษาครั้งนี้พบว่า เกิดปรากฏการณ์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายใน 2 คู่ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้การทำนายของตัวแปรทำนาย 2 ตัว ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

สถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรดังกล่าว และตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ เมื่อนำเข้าไปร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศในแต่ละ Model พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมทางเพศเพิ่มขึ้นได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้นจากตัวแปรที่เข้าไปก่อน (R^2 change .037, .001 และ .008 ตามลำดับ) ซึ่งในการวิเคราะห์สถิติแล้วอาจทำให้ตัวแปรดังกล่าวร่วมทำนายตัวแปรตามได้แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาค่า β ของตัวแปรทำนาย ได้แก่ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และ อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์มีค่าน้อย ($\beta = 0.045$ และ -0.081 ตามลำดับ) และไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการทำนาย มิได้หมายความว่า ตัวแปรทำนายดังกล่าว ไม่มีประสิทธิภาพในการทำนาย เพียงแต่ไม่เพิ่มประสิทธิภาพการทำนายเมื่อร่วมทำนายกับตัวทำนายอื่นๆ ทั้งนี้เป็นลักษณะของ Multiple Regression และหรือ ตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัว มีอิทธิพลทางอ้อมส่งผ่านตัวแปรตัวอื่น แสดงว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และอุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์มีอิทธิพลทางอ้อมกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีความมั่นใจที่จะมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมกับภาวะของโรค โดยพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย โดยอาจจัดในรูปแบบของกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยมีภรรยาหรือคู่ครองเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ปัญหาและการแก้ไขปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย เป็นต้น
2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย พยาบาลจึงมีบทบาทในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยไม่เพียงแต่ให้การพยาบาลด้านร่างกายเท่านั้น แต่ต้องให้การพยาบาลด้านจิตใจควบคู่ไปด้วย หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า พยาบาลต้องให้การพยาบาลให้ครบองค์รวมที่ครอบคลุม เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจะทำให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การให้ภรรยา บุตร หรือบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การให้การพยาบาลหรือให้คำแนะนำที่ครอบคลุมตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย รับรู้ระดับความรุนแรงของโรค อาการและอาการแสดง และการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคตนเอง เพื่อลดอุปสรรคในการมีพฤติกรรมทางเพศ เช่น ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคมักอาจ

ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมทางเพศในรูปแบบที่ไม่มีการร่วมเพศแทนการร่วมเพศเพื่อดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในครอบครัว

4. ควรระมัดระวังในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายเนื่องจากมีตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์กันสูงส่งผลให้การแปลความหมายตรงกันข้ามกับสภาพความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่อง การรับรู้ของภรรยาต่อพฤติกรรมทางเพศของสามีที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สุขภาพของภรรยา ความเชื่อเรื่องเพศ หรือความสามารถทางเพศของภรรยาหรือคู่ครองที่มีคู่สมรสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาแยกรูปแบบพฤติกรรมทางเพศทั้ง 2 รูปแบบ เพื่อให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายหลังเป็นโรคแล้วมีพฤติกรรมทางเพศทั้ง 2 รูปแบบแตกต่างกันอย่างไร

3. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศหญิงเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่สัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศ เนื่องจากงานวิจัยนี้มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงจนทำให้เกิด Multicollinearity อาจทำให้ประสิทธิภาพในการร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของตัวแปรทำนายลดลง เนื่องจากเป็นตัวแปรที่เป็นองค์ประกอบของแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) (Steinke et al., 2008) ดังนั้น ในการศึกษากครั้งต่อไปจึงควรเลือกเพียงตัวแปรเดียวเข้าร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4. ควรศึกษา Sexual self-concept เพียงแนวคิดเดียวเพื่อเป็นการเน้นและพิสูจน์ว่าตัวแปรหรือองค์ประกอบใดของ Sexual self-concept ที่มีความสัมพันธ์และร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). **พยาธิวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล** กรุงเทพมหานคร: พี. เอ. ลีฟวิง.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). **การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: ชรรมสาร.
- จริยา ตันติธรรม. (2547). **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณ.
- จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์. (2543). **เพศศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โสภณการพิมพ์.
- จิตอารี ศรีอาคะ. (2543). **การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). **พฤติกรรมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- จิราพร ทองดี. (2547). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬาลักษณ์ อภัยรัตน์. (2549). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงอ้วนที่สมรสแล้ว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2548). **โรคหัวใจที่พบบ่อยทางเวชปฏิบัติ ใน วรมนต บำรุงสุข (บรรณาธิการ), การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: L. T. Press Co., Ltd.
- ชนกพร จิตปัญญา. (2552). **เอกสารประกอบการสอนวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง 1**. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 470-495.
- ชุมพร ขงกิตติกุล. (2545). **จิตวิทยาเพื่อคุณ: บทความสารคดีทางวิทยุเล่ม ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยพร ภัทรากม. (2548). **ผลของความเจ็บป่วยและการผ่าตัดต่อหน้าที่ทางเพศ**. ใน **เอนก อารีพรรค (บรรณาธิการ), เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

- คิชฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. (2553). เสพให้สุข. นิตยสารโลกวันนี้วันสุข 5(256): 38.
- ชนวิวัฒน์ เบญจนาวัตร และ อภิชาติ สุคนธสรณ์. (2543). Percutaneous transluminal coronary angioplasty. ใน อภิชาติ สุคนธสรณ์ (บรรณาธิการ), **Coronary artery disease**. เชียงใหม่: ไอเดนต์ดี กรุ๊ป.
- ธนิดา เขียรธำรงสุข. (2543). **ประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์, ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, มาตาลักษณ์ ออรุ่งโรจน์, วันทนี วาสีละสิน และสมบูรณ์ เกียรตินันท์. (2546). **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเพศศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นรลักษณ์ เอื้องกิจ. (2553). **เอกสารประกอบการสอนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ**. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 34-45. (อัคราเนนา).
- นิธิ มหานนท์ ปิยะมิตร ศรีธรา และสรณ บุญไชยพยกุล. (2543). **กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- เบญจมาศ วงศ์ฉวีวรรณ, ชไมพร ทวีขศรี และชยันตธร ปทุมานนท์. (2545). **พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.lph.go.th/ha/research_sub3.htm. [2553, กรกฎาคม 24]
- ปรววรรณ วิทย์วรานุกุล. (2552). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลว**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณีสา เสาวคนธ์ วิศาล คันธรัตน์กุล และนัจญา จิตประไพ. (2545). **ความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัด**. เวชศาสตร์พื้นฟูสาร 10(2): 73-79.

- ปานจิต นามพลกรัง. (2547). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผองจิต อศวิกุล. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรค และความรู้เรื่องเพศ กับ พฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรรณิ เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). โรคหัวใจขาดเลือด ใน สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พานิช และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์ (บรรณาธิการ), ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์. (2540). มาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.tnc.or.th> [2553, ตุลาคม 11]
- พิชญาภา พิษะยะ. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัฒนกร ทองคำ. (2548). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฝึกอานาปานสติต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. (2543). คลินิกโรค. กรุงเทพมหานคร: เอช.เอ็น. กรุ๊ป.
- พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. (2546). เรียนรู้เรื่องเพศ. หมอชาวบ้าน 25: 16, 29, 32.
- พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์. (2548). ถามตอบปัญหาสุขภาพ. หมอชาวบ้าน 26: 309.
- เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์. (2549). พัฒนาการมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชรรมดาเพรส.
- มฤดี บูราณ. (2548). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ยูเรศ ไสสีสูบ. (2543). การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลด้านสถานการณ์
ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลอุตรดิตถ์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รวีวรรณ แสงฉาย. (2538). การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:
ที. พี. พรินท์.
- ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา. (2548). ตอบคำถามโรคหัวใจ. สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย
[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thaiheart.org> [2550, กรกฎาคม 20]
- ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา. (2551). เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ เล่ม 2 : การป้องกันโรคหัวใจ
ขาดเลือด. กรุงเทพมหานคร: How Can Do Company Limited
- ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา. (2552). เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
ฮาซัน พรินต์ติ้ง.
- วิจิตรา กุสุมภ์, เพ็ญศิริ สันตโยภาส และพวงผกา กรีทอง. (2546). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจและ
หลอดเลือด ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: สามัญนิติบุคคล.
- วินิตย์ หลงละเลิง. (2546). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อเจตคติ
ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วินิตย์ หลงละเลิง. (2552). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
หัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชัย นัยรักษ์เสรี. (2546). การสนองตอบทางเพศในชายสูงวัย. ใน สมบุญ เหลืองวัฒนากิจ
(บรรณาธิการ), ตำราสุขภาพเพศชาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ศรีจิตรา บุญนาค. (2535). ปัญหาผู้สูงอายุในทศวรรษหน้าและการเตรียมรับสถานการณ์.
กรุงเทพมหานคร: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริอร สินธุ. (2526). ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ใน
ผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศุภชัย ถนอมทรัพย์. (2546). โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตีบเฉียบพลัน; การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพญาไท 2.
- สมชาย เอื้อรัตนวงศ์ และคณะ. (2550). ตำราอายุรศาสตร์การดูแลผู้ป่วยทางอายุรกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจดา.
- สมชาติ โลจายะ บุญชอบ พงษ์พานิช และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์. (2536). การรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหัวใจ: ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2546). ความผิดปกติทางเพศ. หนังสือชุดเรียนรู้เพื่อชีวิต เพื่อครอบครัวและสังคม ชุดที่ 4 มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). แนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง. สารสภาการพยาบาล 12(2): 30-32.
- สายรุ้ง บัวระพา. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชาติ โสภประยูร และ วรณี โสภประยูร. (2541). เพศศึกษา ความรู้เรื่องเพศ และการสอนเพศศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุทธินี วัฒนกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปาณี เสนาดิสัย. (2553). การใช้และการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. ใน สมจิต หนูเจริญกุลและอรสา พันธุ์ศักดิ์ (บรรณาธิการ), การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ, พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: จุฑาทอง.
- สุรางค์รัตน์ คงศรี. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารทางเพศ และการเห็นคุณค่าในตนเองต่อความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงที่สมรสแล้วในผู้ใหญ่ตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัจชัย พรรัตนรังสี. (2550). Acute severe MI. ใน เอกกรินทร์ ภูมิพิเชฐ และไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล (บรรณาธิการ), Critical Care in Everyday Practice. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

- สุริพร ธนศิลป์. (2552). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง **ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง**. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัคราณา).
- สุริพร ธนศิลป์. (2552). เอกสารประกอบการสอนเรื่อง **Role APN**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัคราณา).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2552). **จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2547 – 2551**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/> [2552, มิถุนายน 27]
- อวยพร เรื่องตระกูล. (2553). เอกสารประกอบการสอนวิชาสถิติและวิจัย สาขาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัคราณา).
- อรนุช เทียวสะอาด. (2544). **ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพ. (2543). **Coronary Artery Disease**. กรุงเทพมหานคร: ไอเด็นตีตี้กรุ๊ป.
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพ และ ศรีนัย ควรวประเสริฐ. (2547). **New guideline in coronary artery disease**. เชียงใหม่: ไอแอมอแอกเนโซร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพ. (2550). **Essential Cardiology Review**. เชียงใหม่: ทริคซิงค์.
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพ. (2553). **Coronary artery disease: The new frontiers**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ทริคซิงค์.
- อภิชาติ ปลอดภัยในเมือง. (2542). **ประสิทธิภาพของโครงการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อการปรับปรุงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และภาวะการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). **เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัคราณา).
- อนุพันธ์ ดันติวงศ์. (2544). **ระบาควิทยาของความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ: ความชุกและปัจจัยเสี่ยง**. ใน กฤษณา รัตนโอฬาร, สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ (บรรณาธิการ), **ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

เอนก อารีพรรค และ สุวีตนา อารีพรรค. (2539). **เรียนรู้เรื่องเพศ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Ammann, et al. (2000). Characteristics and prognosis of myocardial infarction in patients with normal coronary arteries. **Chest** 117(2): 333-338.

Bandura, A. (1977). **Social learning theory**. New Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. New Jersey: Prentice Hall.

Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W.H. Freeman.

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.

Beeber, L. S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse client relationship. **Nursing Clinics of North America** 33(1): 153-172.

Brandt, P. A., and Weinert, C. (1985). The PRQ A social support measure. **Nursing Research** 30: 227-280.

Brigg, L. M. (1994). Sexual healing: caring for patients recovering from myocardial infarction. **British Journal of Nursing** 3(6): 837-842.

Bucher, L. (1999). **Critical care nursing**. London: Saunders.

Cheitlin, M. D. (2005). Sexual activity and cardiac risk. **The American Journal of Cardiology** 96(12B): 25M-28M.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** 38(5): 300-314.

Cook, G. I. (1975). Self concept of the myocardial infarction patient. **Canadian Nurse** 72: 35-37.

Debusk, R. F. (2000). Evaluating the cardiovascular tolerance for sex. **American Journal of Cardiology** 86: 51F-56F.

- DeBusk, R., Drory, Y., Goldstein, I., Jackson, G., Kaul, S., Kimmel, S., et al. (2000). Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton consensus panel. **American Journal of Cardiology** 86: 175-181.
- DeBusk, R. F. (2005). Erectile dysfunction therapy in special population and applications: coronary artery disease. **American Journal of Cardiology** 96(suppl): 62M-66M.
- Denny, N. W., Field, J. K., and Quadagno, D. (1984). Sex difference in sexual needs and desires. **Archives of Sexual Behavior** 13(3): 233-245.
- Dhabuwala, C. B., Kumar, A., and 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). **Mail and internet surveys: The Tailored Design**. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Drory, Y., Florian, V., and Weingarten, M. (1998). Sexual activity after first acute myocardial infarction in middle-age men: demographic, psychological and medical predictors. **Cardiology** 90(3): 207-211.
- Drory, Y., Kravetz, S., and Weingarten, M. (2000). Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. **American Journal of Cardiology** 85: 1283-1287.
- Drory, Y., Kravetz, S., and Hischberger, G. (2002). Sexual activity of women and men one year before first acute myocardial infarction. **Cardiology** 97: 127-132.
- Ebersole, P., and Hess, P. (1998). **Toward Healthy Aging**. 5th ed. St. Louise: C. V. Mosby.
- Ellis, J. J., Eagleb, K. A., Kline – Rogersb, E. M., and Ericksonc, S. R. (2005). Depression symptoms and treatment after acute coronary syndrome. **International Journal of Cardiology** 99: 443-447.
- Farmer, S. A., and Gotto, A. M. (1997). Dislipidemia and other risk factors coronary artery disease in E. Broundwald (Ed), **Heart disease: A Textbook of Cardiovascular medicine**. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Frenche, R-E., et al. (2003). Sex differences in predicts of illness intrusiveness 1 year after a cardiac event. **Journal of Psychosomatic Research** 56: 125-132.

- Fridlund, B. (2009). Healthy sexual life after a cardiac event: What do we know and what do we do now. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 8: 159-160.
- Fugl-Meyer, A. R., and Sjogren, K. (1983). Some factors influencing quality of sexual life after myocardial infarction. **Disability & Rehabilitation** 5(4): 197-201.
- Fugl - Meyer, K. S., and Fugl - Meyer, A. R. (2002). Sexual disabilities are not singularities. **International Journal of Impotence Research** 14: 487-493.
- Good, C. V. (1973). **Dictionary of Education**. New York: McGraw- Hill Book Company.
- Graham, L. E., and Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. **Nursing Research** 20: 113-122.
- Hellerstein, H. K., and Friedman, E. H. (1970). Sexual activity and the post coronary patient. **Archives of Internal Medicine** 125(June): 987-999.
- House, N. J. (1981). **Work stress and Social support**. New Jersey: Prentice Hall.
- Hudson, W. W. (1990). **The WALMYR assessment scale scoring manual** tempe.AZ: WALMYR.
- Jaarsma, T. (2002). Sexual problems in heart failure patients. **European Journal Cardiovascular Nursing** 1: 61-67.
- Jackson, G. (2000). Sexual intercourse and stable angina pectoris. **American Journal of Cardiology** 86: 35-37.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., and Gore, S. (1977). Social support and health. **Medical care** 15: 50-51.
- Kim, C. M., Kini, S. A., and Fuster, V. (2004). Definitions of acute coronary syndromes. In V. Fuster, et al. (Eds.), **Hurst's the heart** 11(1): 1215-1222. New York: The McGraw-Hill.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., and Martin, C. E. (1948). **Sexual Behavior in the Human Male**. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Lieberman, R. O. (1986). Sexual behavior and marital relationship. **Journal of Sex and Marital Therapy** 29: 381-386.

- Lukkarinen, H., and Lukkarinen, O. (2007). Sexual satisfaction among patients after coronary bypass surgery or percutaneous transluminal angioplasty : Eight-year follow-up. **Heart & Lung** 36(4): 262-269.
- Lunelli, R. P., Rabello, E. R., Stien, R., Goldmeier, S., and Moraes, M. A. (2008). Sexual activity after myocardial infarction: Taboo or lack of knowledge. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 90(3): 156-159.
- Magnan, M. A., Reynolds, K. E., and Galvin, E. A. (2006). Barriers to addressing patient sexuality in nursing practice. **Dermatology nursing** 18(5): 448-454.
- Maroto-Montero, J. M. et al. (2008). Erectile dysfunction in a cardiac rehabilitation program. **Revista Espanola de Cardiologia** 61(9): 917-922.
- Martinez, L. G., and House- Francher, M. A. (2000). Nursing management coronary artery disease. In Lewis, S. M., Heitkemper, M.M., & Dirksen, S. R. (Eds.), **Medical surgical nursing assessment and management of clinical problem**. St. Louis: C. V. Mosby.
- Master W. H., and Johnson, V. E. (1966). **Human sexual response**. Boston: Little and Brown: 182-188.
- McCann, M. E. (1989). Sexual healing after attack. **American Journal of Nursing** 89: 1133-1138.
- Miner, M. M. (2006). Sexual activity after myocardial infarction: when to resume the use of erectogenic drugs. **Current Sexual Health Reports** 3: 30-34.
- Mosack, V., and Steinke, E. E. (2009). Trends in sexual concerns after myocardial infarction. **Journal of Cardiovascular Nursing** 24(2): 162-170.
- Orem, D. E. (1991). **Nursing concepts of practice**. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Papadopoulos, C., Larrimore, P., Cardin., and Shelly, S. I. (1980). Sexual concerns and needs of post coronary patient's wife. **Archives of Internal Medicine** 140: 38-41.
- Pender, N. J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. Connecticut: Appletion and Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., and Parsons, M. A. (2006). **Health promotion in nursing practice**. 5th ed. New Jersey: Pearson Education.

- Polit, D. F., and Beck, C.T. (2004). **Nursing research principles and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puksta, N. S. (1977). All about Sex...after a coronary. **American Journal of Nursing**: 602-605.
- Rasof, M. L., and Gorbien, M. J. (1998). Quality of life in elderly patient with heart disease. In Kaiser, F. A., & other editors, **Cardiovascular disease in older people**. USA: Springier.
- Reed, R., and Lang, T. A. (1987). **Health behavior**. 2nd ed. USA: West.
- Schmaltz, H. N., et al. (2007). Living alone, patient sex and mortality after acute myocardial infarction. **Society of General Internal Medicine** 22: 572-578.
- Schleifer, S., et al. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. **Archives of Internal Medicine** 149: 1785-1789.
- Snell, W. E., Jr. (1998). The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ). **Sexuality-related measure: A compendium**. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Steinke, E. E. (2005). Intimacy needs and chronic illness. **Journal of Gerontological Nursing**: 40-50.
- 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., and Moser, D.K. (2008). Sexual self concept, Anxiety, and self-efficacy, predicts sexual activity in heart failure and healthy elders. **Heart & Lung** 37(5): 323-333.
- Steven, J. (1996). **Applied multivariate statistics for the doocial sciences**. 3rd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associate.
- Thorndike, B. M. (1978). **Correlation procedure for research**. New York: Gardner Press.
- Traeen, B., and Olsen, S. (2007). Sexual dysfunction and sexual well- being in people with heart disease. **Sexuality and Heart Disease** 22(2): 193-208.
- Turton, J. (1998). Importance of information following myocardial infarction: Study of self-perceieved information needs of patients and their spouses partners compared with perceptions of nursing staff. **Journal of Advanced Nursing** 27(4): 770-778.

- Vacanti, L. J., and Caramelli, B. (2005). Age and psychological disorder. Variables associated to post- infarction sexual dysfunction. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 85(2). 110-113.
- Waterhouse, J., and Metcalfe, M. (1991). Attitudes toward nurses discussing sexual concerns with patients. **Journal of Advanced Nursing** 16: 1048-1054.
- Weiss, J. R. (1991). Effects of antihypertensive agents on sexual function. **American Family Physician** 44: 1075-2082.
- World Health Organization. (2002). **Reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: World Health Report.
- Yates, B. C., Price-Fowlker, T., and Agrawal, S. (2003). Barriers and facilitators of self-reported physical activity in cardiac patients. **Research in Nursing & Health** 26: 459-469.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., and Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. **Journal Personality Assessment** 52: 30-41.
- Zung, William W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. **Psychosomatic** 12: 371-379.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

ศูนย์วิทยพัทยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อดิศักดิ์ บัวคำศรี	อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ และหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาภาพร เผ่าวัฒนา	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์	อาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขา อายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด
4. นางสาวนันทิชา อนุกุลวุฒิพงศ์	หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก ICCU โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขา อายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด
5. นายวินิตย์ หลงละเลิง	พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และ
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศร 0512.11/ 1925

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

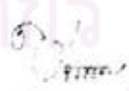
เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โจรงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชญัญ อุทิสสิวิพานิช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ อดิษฐ์ บัวคำศรี อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ถ้าพบเว็บบอร์ด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ อดิษฐ์ บัวคำศรี

งานบริหารการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152

ชื่อ นิสิต

นางสาวชญัญ อุทิสสิวิพานิช โทร. 08-7571-8197

ที่ ศร 0512.11/ 1919

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวฉัญญา อุทิศสิริพานิช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรศักดิ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภาพร เผ่าวัฒนา อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อภาพร เผ่าวัฒนา
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรศักดิ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152
ชื่อนิสิต	นางสาวฉัญญา อุทิศสิริพานิช โทร. 08-7571-8197

ที่ ศษ 0512.11/ 1๙๕๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๓

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชญญา อุทิสสิริพานิช นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ อาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152

ชื่อนิติต

นางสาวชญญา อุทิสสิริพานิช โทร. 08-7571-8197

ที่ศธ 0512.11/ ๑๙๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชญญา อุทิสสิริพานิช นิสิตชั้นปริญญาโทมาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจสายเพศชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวนันทิชา อนุกุลวุฒิพงศ์ หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก ICCU ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท่านเรียน

นางสาวนันทิชา อนุกุลวุฒิพงศ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152

ผู้นิสิต

นางสาวชญญา อุทิสสิริพานิช โทร. 08-7571-8197

ที่ ศท 0512.11/ 191 ๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๔ พฤศจิกายน 2553

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแพทยศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับตั้งเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวชญญา กุศลศิริพานิช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการ เพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรดิษฐ์ เอื้อกิจ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการ วิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จาก ท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภกร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักเรียน

นายวินิตย์ หลงละเลิง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรดิษฐ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152

ชื่อ นิสิต

นางสาวชญญา กุศลศิริพานิช โทร. 08-7571-8197

ที่ศษ 0512.11/ ๒๐๖๕

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศัลพพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

ทำ ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอสั่งโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัย
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 3. แผนการดำเนินงาน

เนื่องด้วย นางสาวชญญา คุุฑศิริพานิช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้ โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
ขอแสดงความนับถือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ)
 รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
 ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152

ชื่อนิสิต นางสาวชญญา คุุฑศิริพานิช โทร. 08-7571-8197

ที่ ศร 0512.11/ 3036

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรธรรม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอลงความอนุเคราะห์ให้บันทึกเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวชญญา อุทิสสิริพานิช นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรศักดิ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ขอลงความอนุเคราะห์ให้บันทึกดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 20-60 ปี สถานภาพคู่สมรสด้วยกัน มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1-4 ที่มารับบริการ จำนวน 72 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายทั้งนี้บันทึกจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวชญญา อุทิสสิริพานิช ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรศักดิ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152

ผู้นิพนธ์

นางสาวชญญา อุทิสสิริพานิช โทร. 08-7571-8197

ที่ ศษ 0512.11/2037

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพราว ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒5 ธันวาคม 2553

เรื่อง ขอสั่งนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอโครงการวิจัย
 2. แบบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวชัญญา อุกฤษสิริพานิช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152

ชื่อนิสิต นางสาวชัญญา อุกฤษสิริพานิช โทร. 08-7571-8197

ที่ ศบ 0512.11/ 2036

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 อาคารบรมราชชนนีศรีสวัสด์ ชั้น 11
 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
 กรุงเทพฯ 10330

๒ ธันวาคม 2553


เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ให้บันทึกผลลงใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

เนื่องด้วย นางสาวชญญา อุทิสสิริพานิช นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้บันทึกดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 72 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายวัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 20-60 ปี สถานภาพอยู่ด้วยกัน มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1-4 ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ทั้งนี้คิดจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวชญญา อุทิสสิริพานิช ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

หัวหน้าแผนก

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1138, 0-2218-1152

ผู้นับถือ

นางสาวชญญา อุทิสสิริพานิช โทร. 08-7571-8197

ภาคผนวก ค

เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ศูนย์วิทยพัธพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรมแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอรับรองว่า

โครงการ ปัจฉัยทันตพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

โดย นางสาวชัญญา อุทิศศรีพานิช

สังกัด นักศึกษาปริญญาโท
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่พิจารณา: ๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย และ เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
ฉบับภาษาไทย

คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ให้พิจารณาและเห็นชอบโครงร่างงานวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้ป่วย เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยภาษาไทยแล้วเห็นว่า ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัยแต่ประการใด

จึงกินสมมติให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่เสนอได้ ณ วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๕๓

นางสาวชัญญา อุทิศศรีพานิช
(แพทย์หญิงจันทรา อิมสุลพรทรัพย์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ทนายทนาย
(นายแพทย์สุพันธ์ ชาญสมร)
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
กรมแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



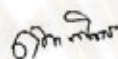
บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการจริยธรรมและระเบียบวิธีวิจัย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โทร.9370
 ที่ ศช 0516.10/ 3/54 วันที่ 15 ธันวาคม 2553
 เรื่อง แจ้งผลการขออนุญาตทำวิจัย

เรียน นางสาวชัญญา อุทิศวิพานิช

ตามที่ท่าน ได้ขออนุญาตทำวิจัยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย" โดยขอทดลองใช้เครื่องมือวิจัยจำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 72 คน ณ คลินิกโรคหัวใจ นั้น ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและระเบียบวิธีวิจัยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ดิลก กิจโยทัย)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและระเบียบวิธีวิจัยฯ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5.3 สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน

5.4 ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้นโรคที่เกิดร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และหัวใจเต้นผิดปกติ

5.5 สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

5.6 ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

6. ท่านไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยหากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ คือ

6.1 เป็นโรคเรื้อรังอื่น ยกเว้นโรคที่เกิดร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และหัวใจเต้นผิดปกติ

6.2 มีอาการกำเริบของโรค เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ เป็นลม หอบเหนื่อย หรือ มีอาการไม่สบายของร่างกาย

6.3 ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

7. ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสอบถามโดยตรงกับผู้เข้าร่วมในการวิจัย

แบบสอบถามมีทั้งหมด 9 ชุด คือ ชุดที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชุดที่ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ชุดที่ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ชุดที่ 4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ชุดที่ 5) แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ชุดที่ 6) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ชุดที่ 7) แบบประเมินความรุนแรงของโรค ชุดที่ 8) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ ชุดที่ 9) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทีละ 1 ราย โดยผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม ทั้ง 9 ชุด ในชุดที่ 7 ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเองโดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30 นาที หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้ มองไม่เห็น ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ผู้วิจัยบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือก ในกรณีดังกล่าวใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 45 นาที ในการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามให้มีความชัดเจนและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทันที และผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษา

ที่เหมาะสมต่อไป การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการและจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

8. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

9. การวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อการแพทย์และพยาบาลโดยนำไปใช้เป็นแนวทางในการช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย โดยการวางแผนการพยาบาล และให้คำแนะนำการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาพฤติกรรมทางเพศสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ และเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการมีพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ลดปัญหาการหย่าร้าง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

10. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อการได้รับการรักษาของแพทย์และพยาบาลต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

11. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 08-7571-8197

12. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-22188147 โทรสาร 0-22188147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย

แบ่งออกเป็น 9 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	มีจำนวน 11 ข้อ
ชุดที่ 2	แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย	มีจำนวน 16 ข้อ
ชุดที่ 3	แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์	มีจำนวน 3 ข้อ
ชุดที่ 4	แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์	มีจำนวน 4 ข้อ
ชุดที่ 5	แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์	มีจำนวน 5 ข้อ
ชุดที่ 6	แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์	มีจำนวน 5 ข้อ
ชุดที่ 7	แบบประเมินความรุนแรงของโรค	มีจำนวน 7 ข้อ
ชุดที่ 8	แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์	มีจำนวน 10 ข้อ
ชุดที่ 9	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	มีจำนวน 10 ข้อ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องแม่นยำ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไป ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความรู้สึกละความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตนเองในเรื่องพฤติกรรมทางเพศ คำตอบเหล่านี้ไม่มีคำตอบใดผิดหรือถูก ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อ โดยข้อมูลจากท่านจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มิได้มีการเปิดเผยข้อมูล และผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลจากท่านจะเป็นความลับและจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านทั้งสิ้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 2

แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ เป็นคำถามเพื่อสอบถามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศของท่านเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวาของข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ลดลง	คงเดิม	เพิ่มขึ้น
1. ความบ่อยครั้งในการแสดงความรักต่อคู่ครองโดยการจับมือ การโอบกอด การจูบ หรือหอมแก้ม การลูบคลำ			
2. ความรู้สึกพึงพอใจในการแสดงความรักต่อคู่ครองโดยการจับมือ การโอบกอด การจูบ หรือหอมแก้ม การลูบคลำ			
3. ความบ่อยครั้งที่ท่านพูดคำว่า “รัก” หรือ “ห่วง” กับคู่ครอง			
4. ความรู้สึกพึงพอใจในการพูดคำว่า “รัก” หรือ “ห่วง” กับคู่ครอง			
5. ความบ่อยครั้งในการพูดคุยกับคู่ครองอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศ ถึงสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ			
6. ความรู้สึกพึงพอใจในการพูดคุยกับคู่ครองอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศ ถึงสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ			
7. ความบ่อยครั้งในการนึกคิดหรือสร้างภาพที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางเพศ			
8. ความรู้สึกพึงพอใจในการนึกคิดหรือสร้างภาพที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางเพศ			
9. ความบ่อยครั้งในการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง			
10. ความรู้สึกพึงพอใจในการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง			
11. ความบ่อยครั้งในการเข้าโลมกับคู่ครองก่อนการร่วมเพศ			
12. ความรู้สึกพึงพอใจในการเข้าโลมกับคู่ครองก่อนการร่วมเพศ			

ข้อความ	ลดลง	คงเดิม	เพิ่มขึ้น
13. ความบ่อยครั้งในการร่วมเพศ			
14. ความรู้สึกพึงพอใจในการร่วมเพศ			
15. ความบ่อยครั้งในการพูดคุยหรือโอบกอดแสดงความรัก ความผูกพันกับคู่ครองภายหลังจากการร่วมเพศ			
16. ความรู้สึกพึงพอใจในการพูดคุยหรือโอบกอดแสดงความรัก ความผูกพันกับคู่ครองหลังการร่วมเพศ			



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุดที่ 3

แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความพึงพอใจในการมีพฤติกรรมทางเพศของท่าน หลังจากที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

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. ฉันพึงพอใจกับความต้องการทางเพศที่ได้รับการตอบสนองจากภรรยา/ คู่นอน					
2. ฉันพึงพอใจกับการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ของตนเอง					
3. ฉันพึงพอใจกับการมีพฤติกรรมทางเพศของฉัน					

ชุดที่ 4

แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความเชื่อในความสามารถของตนเองในการจัดการที่จะมีพฤติกรรมทางเพศของท่าน หลังจากที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

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

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง มาก	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก
1. ฉันมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการทางเพศที่ฉันอาจมี					
2. ฉันมีความสามารถมากพอที่จะทำให้ความต้องการทางเพศของฉัน ได้รับการตอบสนอง					
3. ฉันมีความสามารถที่จะมีพฤติกรรมทางเพศที่สร้างความสุขให้กับตนเองได้					
4. ฉันมีความสามารถที่จะจัดการกับความ ต้องการทางเพศของตนเองได้					

ชุดที่ 5

แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน หลังจากที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

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

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง มาก	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก
1. ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่จะแสดงพฤติกรรมทางเพศ					
2. ฉันรู้สึกก্লุ้มใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์					
3. ฉันรู้สึกไม่สบายใจเมื่อคิดถึงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของฉัน					
4. ฉันรู้สึกเครียดเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน					
5. ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน					

ชุดที่ 6

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน หลังจากที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

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

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง มาก	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก
1. ฉันรู้สึกหดหู่เมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน					
2. ฉันรู้สึกผิดหวังเกี่ยวกับคุณภาพของเพศสัมพันธ์ของฉัน					
3. ฉันรู้สึกหมดกำลังใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน					
4. ฉันรู้สึกเป็นคนไร้สมรรถภาพทางเพศ					
5. ฉันรู้สึกเศร้าเมื่อคิดถึงประสบการณ์ทางเพศที่ผ่านมา					

ชุดที่ 7

แบบประเมินความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคด้วยตนเอง โดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมที่สัมพันธ์กับอาการเจ็บหน้าอกตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแคนาดา

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านสามารถเดินขึ้นลงบันไดอย่างน้อย 8 ชั้น หรือเดินขึ้นสะพานลอยได้โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก	ไปข้อ 2	ไปข้อ 5
2. ท่านสามารถเดินขึ้นบันไดหลังจากรับประทานอาหารได้ หรือ 2.1 ยกของหนัก 5 กิโลกรัม เดินบนพื้นราบได้ 100 เมตร 2.2 เล่นกีฬา เช่น ฟุตบอล กอล์ฟ แบดมินตัน เทนนิส วายน้ำ วิ่งเหยาะๆ ปั่นจักรยาน ในระยะเวลา 30-40 นาที เป็นต้น	ระดับ 1	ไปข้อ 3
3. ท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์หรือทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้ 3.1 รดน้ำต้นไม้ 3.2 ปลูกลูกไม้ 3.3 เช็ดถูพื้น ซักผ้า ทำกับข้าว	ระดับ 2	ไปข้อ 4
4. เมื่อพักสักครู่แล้วอาการเจ็บหน้าอกทุเลาลงสามารถรดน้ำต้นไม้ ปลูกลูกไม้ เช็ดถูพื้น ซักผ้า ทำกับข้าว ต่อได้	ระดับ 2	ไปข้อ 6
5. เมื่อพักสักครู่แล้วอาการเจ็บหน้าอกทุเลาลงสามารถเดินขึ้นบันไดหรือสะพานลอยต่อได้	ระดับ 2	ไปข้อ 6
6. เมื่อมียาขยายหลอดเลือดได้ลิ้นแล้วพักจึงทุเลาเจ็บหน้าอก	ระดับ 3	ไปข้อ 7
7. ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อพัก	ระดับ 4	

ชุดที่ 8

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับสิ่งที่ยึดขวาง หรือ สิ่งที่เป็นอุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ของท่าน หลังจากที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กรณำทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งในแต่ละช่อง มีความหมายดังนี้

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

ข้อความ	เห็นด้วย อย่าง มาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก
1. ถ้ามีเพศสัมพันธ์ขณะที่เป็น โรคหัวใจอาจทำให้หัวใจวายได้					
2. ความวิตกกังวล ความเครียดเกี่ยวกับโรคหัวใจที่เป็นทำให้ฉันมีพฤติกรรมทางเพศลดลง					
3. ฉันไม่ยอมามีเพศสัมพันธ์เพราะทำให้เสียเวลา					
4. ฉันไม่ยอมามีเพศสัมพันธ์เพราะในแต่ละวันฉันมีภาระหน้าที่มาก					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่าง มาก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง มาก
5. ฉันไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะ บ้านหรือชุมชนของฉัน ไม่มีความเป็น ส่วนตัว					
6. ฉันไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะ คู่สมรสมักปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับ ฉัน					
7. ฉันไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะ ฉันรู้สึกอาย					
8. ฉันไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะ กลัวผลกระทบกับร่างกายที่จะตามมา เช่น เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก เป็นต้น					
9. ฉันไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะการ มีเพศสัมพันธ์ ทำให้ฉันเสียเวลาในการ พักผ่อนนอนหลับ					
10. ฉันไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะการ มีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ต้องระมัดระวัง มาก					

ชุดที่ 9

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความต่อไปนี้ที่แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและตอบคำถามให้ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงทั้งหมด
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	รู้สึกที่ไม่แน่ใจในข้อความประโยคนั้น
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงบ้างเล็กน้อย
เป็นจริงน้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงเลย

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
1. ภรรยา/ คู่นอนของฉันจะตอบสนองความต้องการเมื่อฉันมีความต้องการทางเพศ					
2. ฉันสามารถระบายความเศร้าเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉันกับภรรยา/คู่นอนได้					
3. ภรรยา/ คู่นอนของฉันจะช่วยฉันตัดสินใจเมื่อฉันมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์					
4. ภรรยา/ คู่นอนช่วยพาฉันไปพบแพทย์เมื่อฉันมีอาการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์					

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	ไม่แน่ใจ	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
5. ฉันสามารถพูดปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์กับภรรยา/ คู่นอนของฉันได้					
6. ภรรยา/ คู่นอนของฉันห่วงใยความรู้สึกของฉันเสมอ					
7. ภรรยา/ คู่นอนไม่ให้อำนาจเมื่อฉันล้มเหลวจากการมีเพศสัมพันธ์					
8. เมื่อฉันมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ภรรยา/ คู่นอนจะแนะนำให้ไปพบแพทย์					
9. ภรรยา/ คู่นอนจัดยาให้ฉันรับประทานทันทีเมื่อฉันมีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์					
10. ภรรยา/ คู่นอนของฉันยอมรับได้กับอาการที่เกิดจากโรคในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ เป็นต้น					

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ

	Mean	Std. Dev	Cases
1. Sexual behavior1	.7333	.4498	30.0
2. Sexual behavior2	.7333	.4498	30.0
3. Sexual behavior3	.8000	.4068	30.0
4. Sexual behavior4	1.0000	.3714	30.0
5. Sexual behavior5	.8000	.4068	30.0
6. Sexual behavior6	.7333	.4498	30.0
7. Sexual behavior7	.8000	.5509	30.0
8. Sexual behavior8	.7333	.5833	30.0
9. Sexual behavior9	.4667	.6288	30.0
10. Sexual behavior10	.5333	.6288	30.0
11. Sexual behavior11	.5333	.5074	30.0
12. Sexual behavior12	.6667	.4795	30.0
13. Sexual behavior13	.4667	.5074	30.0
14. Sexual behavior14	.6000	.4983	30.0
15. Sexual behavior15	.5333	.5074	30.0
16. Sexual behavior16	.5333	.5074	30.0

Correlation Matrix

	SB1	SB2	SB3	SB4	SB5	SB6	SB7	SB8	SB9	SB10
SB1	1.0000									
SB2	.6591	1.0000								
SB3	.4523	.0754	1.0000							
SB4	.4129	.0000	.4564	1.0000						
SB5	.0754	-.3015	.5833	.4564	1.0000					
SB6	.3182	-.0227	.4523	.4129	.8292	1.0000				
SB7	.6124	.6124	.4308	.3371	.1231	.3340	1.0000			
SB8	.5082	.5082	.3487	.0000	.0581	.2453	.9015	1.0000		
SB9	.4552	.4552	.3774	.0000	.1078	.2113	.6769	.7270	1.0000	
SB10	.2764	.2764	.4313	.0000	.1617	.2764	.7168	.7772	.9186	1.0000

	SB1	SB2	SB3	SB4	SB5	SB6	SB7	SB8	SB9	SB10
SB11	.6447	.6447	.2004	.0000	.2004	.3425	.6415	.7301	.4899	.3747
SB12	.5330	.5330	.3536	.3873	.3536	.5330	.7833	.6576	.3050	.3812
SB13	.5641	.5641	.4677	.0000	.4677	.5641	.5922	.6680	.5908	.4899
SB14	.4308	.4308	.2722	.3727	.2722	.4308	.4523	.3322	-.0440	.0440
SB15	.6447	.6447	.2004	.3660	.2004	.3425	.3948	.2641	.0576	-.0576
SB16	.3425	.3425	.5345	.3660	.5345	.6447	.3948	.2641	.0576	.1585

	SB11	SB12	SB13	SB14	SB15	SB16
SB11	1.0000					
SB12	.7559	1.0000				
SB13	.8750	.6614	1.0000			
SB14	.6001	.8660	.4910	1.0000		
SB15	.7321	.7559	.6071	.8729	1.0000	
SB16	.4643	.7559	.6071	.8729	.7321	1.0000

N of Cases = 30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	Variables
Scale	10.6667	29.7471	5.4541	16

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected if Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SB1	9.9333	26.4092	.6783	.	.9166
SB2	9.9333	26.9609	.5532	.	.9198
SB3	9.8667	27.2920	.5386	.	.9202

SB4	9.6667	28.3678	.3138	.	.9249
SB5	9.8667	27.9816	.3717	.	.9239
SB6	9.9333	26.9609	.5532	.	.9198
SB7	9.8667	24.9471	.8171	.	.9119
SB8	9.9333	25.1678	.7243	.	.9148
SB9	10.2000	25.8207	.5525	.	.9211
SB10	10.1333	25.9126	.5372	.	.9216
SB11	10.1333	25.4989	.7788	.	.9134
SB12	10.0000	25.3793	.8566	.	.9115
SB13	10.2000	25.2690	.8274	.	.9120
SB14	10.0667	26.2713	.6319	.	.9177
SB15	10.1333	26.1885	.6356	.	.9176
SB16	10.1333	26.0506	.6640	.	.9167

Reliability Coefficients 16 items

Alpha = .9226 Standardized item alpha = .9223

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์

	Mean	Std. Dev	Cases
1. SATI1	3.6000	.9685	30.0
2. SATI2	3.6667	.8023	30.0
3. SATI3	3.4667	1.0417	30.0

Correlation Matrix

	SATI1	SATI2	SATI3
SATI1	1.0000		
SATI2	.6213	1.0000	
SATI3	.3965	.8527	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	N of Variables
Scale	10.7333	5.8575	2.4202	3

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SATI1	7.1333	3.1540	.5132	.4512	.9038
SATI2	7.0667	2.8230	.8868	.8223	.5668
SATI3	7.2667	2.5471	.6693	.7561	.7581

Reliability Coefficients 3 items

Alpha = .8171 Standardized item alpha = .8325

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์

	Mean	Std. Dev	Cases
1. SE1	3.9333	.4498	30.0
2. SE2	3.7333	.5833	30.0
3. SE3	3.9333	.4498	30.0
4. SE4	3.9333	.4498	30.0

Correlation Matrix

	SE1	SE2	SE3	SE4
SE1	1.0000			
SE2	.7185	1.0000		
SE3	.6591	.7185	1.0000	
SE4	.6591	.7185	1.0000	1.0000

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	N of Variables
Scale	15.5333	3.0161	1.7367	4

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SE1	11.6000	1.9034	.7335	.	.9130
Se2	11.8000	1.5448	.7800	.	.9107
SE3	11.6000	1.7655	.8770	.	.8672
SE4	11.6000	1.7655	.8770	.	.8672

Reliability Coefficients 4 items

Alpha = .9146 Standardized item alpha = .9214

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์

	Mean	Std Dev	Cases
1. ANXIETY1	2.9333	1.1427	30.0
2. ANXIETY2	2.4000	.8944	30.0
3. ANXIETY3	2.5333	.9732	30.0
4. ANXIETY4	2.4667	.9732	30.0
5. ANXIETY5	2.4667	.9732	30.0

Correlation Matrix

	ANXIETY1	ANXIETY2	ANXIETY3	ANXIETY4	ANXIETY5
ANXIETY1	1.0000				
ANXIETY2	.2969	1.0000			
ANXIETY3	.5292	.6180	1.0000		
ANXIETY4	.5251	.6497	.9660	1.0000	
ANXIETY5	.2770	.6497	.6748	.7087	1.0000
N of Cases =	30.0				

Statistics for	Mean	Variance	Std .Dev	Variables
Scale	12.8000	16.3034	4.0378	5

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
ANXIETY1	9.8667	11.4299	.4618	.3000	.9086
ANXIETY2	10.4000	11.5586	.6486	.4946	.8549
ANXIETY3	10.2667	9.9954	.8712	.9340	.7998
ANXIETY4	10.3333	9.8851	.8941	.9414	.7938

ANXIETY5 10.3333 10.9885 .6770 .5736 .8480

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .8707 Standardized item alpha = .8778

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์

	Mean	Std. Dev	Cases
1. DEPRESS1	2.5333	.9732	30.0
2. DEPRESS2	2.6667	1.0283	30.0
3. DEPRESS3	2.3333	.8841	30.0
4. DEPRESS4	2.6000	.8944	30.0
5. DEPRESS5	2.3333	.8841	30.0

Correlation Matrix

	DEPRESS1	DEPRESS2	DEPRESS3	DEPRESS4	DEPRESS5
DEPRESS1	1.0000				
DEPRESS2	.6661	1.0000			
DEPRESS3	.6680	.7333	1.0000		
DEPRESS4	.4912	.4499	.4361	1.0000	
DEPRESS5	.5077	.4299	.6471	.2616	1.0000
N of Cases =	30.0				

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	N of Variables
Scale	12.4667	13.6368	3.6928	5

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
DEPRESS1	9.9333	8.4782	.7431	.5580	.7954
DEPRESS2	9.8000	8.3034	.7215	.6071	.8018
DEPRESS3	10.1333	8.6713	.8036	.6920	.7819
DEPRESS4	9.8667	10.0506	.4913	.2756	.8600
DEPRESS5	10.1333	9.7747	.5572	.4424	.8442

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .8496 Standardized item alpha = .8489

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์

	Mean	Std. Dev	Cases
1. BARRIER1	3.5333	.9732	30.0
2. BARRIER2	3.2667	1.0807	30.0
3. BARRIER3	2.4000	.8944	30.0
4. BARRIER4	2.4000	.8944	30.0
5. BARRIER5	2.4667	.9732	30.0
6. BARRIER6	2.4667	.8193	30.0
7. BARRIER7	2.6000	1.0372	30.0
8. BARRIER8	2.7333	1.0148	30.0
9. BARRIER9	2.4000	.8137	30.0
10. BARRIER10	2.6000	.8137	30.0

Correlation Matrix

	barr1	barr2	barr3	barr4	barr5	barr6	barr7	barr8	barr9	barr10
barr1	1.0000									
barr2	.3847	1.0000								
barr3	.1426	.3139	1.0000							
barr4	-.0158	.2426	.5690	1.0000						
barr5	-.1262	.0087	.4120	.4912	1.0000					
barr6	.1096	-.2233	.2070	.2070	.4094	1.0000				
barr7	.0137	.4061	.4758	.7731	.2596	-.0162	1.0000			
barr8	-.1303	.1300	.5015	.5015	.0605	.1548	.6814	1.0000		
barr9	.0697	.3451	.5307	.9097	.4529	.1241	.8498	.4677	1.0000	
barr10	.3658	.5177	.3222	.7012	.1568	.0828	.7027	.5345	.6667	1.0000

N of Cases = 30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	Variables
Scale	26.8667	33.7747	5.8116	10

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
BARRIE1	23.3333	31.4023	.1307	.6390	.8450
BARRIE2	23.6000	28.3862	.3665	.5714	.8240
BARRIE3	24.4667	27.1540	.6244	.7109	.7951
BARRIE4	24.4667	25.7747	.7928	.9188	.7774
BARRIE5	24.4000	29.2138	.3435	.5264	.8240
BARRIE6	24.4000	1.5586	3.1678	.4125	.8365
BARRIE7	24.2667	24.8920	.7543	.8673	.7776
BARRIE8	24.1333	27.4299	.5000	.7902	.8078
BARRIE9	24.4667	26.3264	.8127	.9085	.7788
BARRIE10	24.2667	26.8230	.7463	.8551	.7852

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .8228 Standardized item alpha = .8297

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

	Mean	Std. Dev	Cases
1. Social Support1	3.2000	1.3493	30.0
2. Social Support2	3.3333	1.5162	30.0
3. Social Support3	3.0667	1.5522	30.0
4. Social Support4	2.4667	1.3322	30.0
5. Social Support5	3.4667	1.2243	30.0
6. Social Support6	3.4000	1.4288	30.0
7. Social Support7	2.6667	1.3730	30.0
8. Social Support8	2.6667	1.4223	30.0
9. Social Support9	2.5333	1.4320	30.0
10. Social Support10	3.5333	1.5253	30.0

Correlation Matrix

	Ss1	Ss2	Ss3	Ss4	Ss5	Ss6	Ss7	Ss8	Ss9	Ss10
Ss1	1.0000									
Ss2	.7079	1.0000								
Ss3	.2568	.4005	1.0000							
Ss4	.0998	.1593	.6181	1.0000						
Ss5	.4843	.8050	.3823	.0733	1.0000					
Ss6	.4937	.4139	.5473	.1159	.4022	1.0000				
Ss7	.6328	.5190	.5286	.4273	.3419	.2813	1.0000			
Ss8	.0719	.1812	.5415	.8857	.0528	.0339	.3649	1.0000		
Ss9	.4069	.4553	.2006	.2627	.3645	.3303	.5145	.3273	1.0000	
Ss10	.5160	.5169	.6836	.3824	.4530	.7848	.3183	.2437	.3705	1.0000

N of Cases = 30.0

N of

Statistics for	Mean	Variance	Std. Dev	Variables
Scale	30.3333	92.7816	9.6323	10

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected if Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
Social s.1	27.1333	76.8092	.5983	.8084	.8568
Social s.2	27.0000	72.9655	.6763	.8101	.8501
Social s.3	27.2667	72.2023	.6888	.8644	.8489
Social s.4	27.8667	79.2920	.4938	.8699	.8646
Social s.5	26.8667	79.2920	.5500	.7119	.8607
Social s.6	26.9333	76.7540	.5587	.7128	.8599
Social s.7	27.6667	75.5402	.6434	.8283	.8533
Social s.8	27.6667	79.8161	.4306	.8694	.8698
Social s.9	27.8000	77.6828	.5169	.6401	.8632
Social s.10	26.8000	72.0276	.7118	.8577	.8469

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .8701 Standardized item alpha = .8691

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของพฤติกรรมทางเพศ
จำแนกตามรายชื่อ (n = 143)

ข้อคำถาม	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. ความบ่อยครั้งในการแสดงความรักต่อคู่ครองโดยการจับมือ การโอบกอด การจูบ หรือหอมแก้ม การลูบคลำ	0.76	0.50	ปานกลาง
2. ความรู้สึกพึงพอใจในการแสดงความรักต่อคู่ครองโดยการจับมือ การโอบกอด การจูบ หรือหอมแก้ม การลูบคลำ	0.84	0.46	ปานกลาง
3. ความบ่อยครั้งที่ท่านพูดคำว่า “รัก” หรือ “ห่วง” กับคู่ครอง	0.88	0.48	ปานกลาง
4. ความรู้สึกพึงพอใจในการพูดคำว่า “รัก” หรือ “ห่วง” กับคู่ครอง	0.95	0.50	ปานกลาง
5. ความบ่อยครั้งในการพูดคุยกับคู่ครองอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศ ถึงสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ	0.82	0.53	ปานกลาง
6. ความรู้สึกพึงพอใจในการพูดคุยกับคู่ครองอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศ ถึงสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ	0.81	0.48	ปานกลาง
7. ความบ่อยครั้งในการนึกคิดหรือสร้างภาพที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางเพศ	0.76	0.60	ปานกลาง
8. ความรู้สึกพึงพอใจในการนึกคิดหรือสร้างภาพที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางเพศ	0.81	0.58	ปานกลาง
9. ความบ่อยครั้งในการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง	0.57	0.53	ต่ำ
10. ความรู้สึกพึงพอใจในการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง	0.63	0.53	ต่ำ
11. ความบ่อยครั้งในการเล้าโลมกับคู่ครองก่อนการร่วมเพศ	0.81	0.53	ปานกลาง
12. ความรู้สึกพึงพอใจในการเล้าโลมกับคู่ครองก่อนการร่วมเพศ	0.85	0.54	ปานกลาง
13. ความบ่อยครั้งในการร่วมเพศ	0.60	0.55	ต่ำ
14. ความรู้สึกพึงพอใจในการร่วมเพศ	0.79	0.50	ปานกลาง

ตาราง (ต่อ)

ข้อคำถาม	\bar{X}	SD	การแปลผล
15. ความบ่อยครั้งในการพูดคุย หรือ โอบกอดแสดงความรัก ความผูกพันกับคู่ครองภายหลังการร่วมเพศ	0.76	0.56	ปานกลาง
16. ความรู้สึกพึงพอใจในการพูดคุยหรือโอบกอดแสดงความรัก ความผูกพันกับคู่ครองหลังการร่วมเพศ	0.83	0.49	ปานกลาง

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามรายชื่อ (n = 143)

ข้อคำถาม	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. ฉันพึงพอใจกับความต้องการทางเพศที่ได้รับการตอบสนองจากภรรยา / คู่ครอง	3.81	1.09	สูง
2. ฉันพึงพอใจกับการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ของตนเอง	3.41	1.18	ปานกลาง
3. ฉันพึงพอใจกับการมีพฤติกรรมทางเพศของฉัน	3.59	1.08	ปานกลาง

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามรายชื่อ (n = 143)

ข้อคำถาม	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. ฉันมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการทางเพศที่ฉันอาจมี	3.71	0.99	สูง
2. ฉันมีความสามารถมากพอที่จะทำให้ความต้องการทางเพศของฉันได้รับการตอบสนอง	3.67	0.95	สูง
3. ฉันมีความสามารถที่จะมีพฤติกรรมทางเพศที่สร้างความสุขให้กับตนเองได้	3.57	1.01	ปานกลาง
4. ฉันมีความสามารถที่จะจัดการกับความต้องการทางเพศของตนเองได้	3.51	1.09	ปานกลาง

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามรายชื่อ (n = 143)

ข้อคำถาม	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่จะแสดงพฤติกรรมทางเพศ	2.58	1.07	ปานกลาง
2. ฉันรู้สึกกลัวใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์	2.42	1.11	ปานกลาง
3. ฉันรู้สึกไม่สบายใจเมื่อคิดถึงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของฉัน	2.48	1.13	ปานกลาง
4. ฉันรู้สึกเครียดเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	2.30	1.05	ต่ำ
5. ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	2.33	1.10	ต่ำ

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามรายชื่อ (n = 143)

ข้อคำถาม	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. ฉันรู้สึกหดหู่เมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ ของฉัน	2.34	1.10	ปานกลาง
2. ฉันรู้สึกผิดหวังเกี่ยวกับคุณภาพของเพศสัมพันธ์ของฉัน	2.56	1.18	ปานกลาง
3. ฉันรู้สึกหมดกำลังใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศ สัมพันธ์ของฉัน	2.27	1.02	ต่ำ
4. ฉันรู้สึกเป็นคน ไร้สมรรถภาพทางเพศ	2.34	1.08	ปานกลาง
5. ฉันรู้สึกเศร้าเมื่อคิดถึงประสบการณ์ทางเพศที่ผ่านมา	2.26	1.03	ต่ำ

ศูนย์ มหาวิทยาลัย กว
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของการรับรู้อุปสรรค ในการมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามรายชื่อ (n = 143)

ข้อความ	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. ถ้ามีเพศสัมพันธ์ขณะที่เป็น โรคหัวใจอาจทำให้หัวใจวายได้	3.59	1.02	ปานกลาง
2. ความวิตกกังวล ความเครียดเกี่ยวกับโรคหัวใจที่เป็น ทำให้ฉันมีพฤติกรรมทางเพศลดลง	3.12	1.12	ปานกลาง
3. ฉัน ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะทำให้เสียเวลา	1.95	0.75	ต่ำ
4. ฉัน ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะในแต่ละวันฉันมีภาระหน้าที่มาก	2.11	0.85	ต่ำ
5. ฉัน ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะบ้านหรือชุมชนของฉัน ไม่มีความเป็นส่วนตัว	2.08	0.86	ต่ำ
6. ฉัน ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะคู่สมรมักปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับฉัน	2.19	0.96	ต่ำ
7. ฉัน ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์ เพราะฉันรู้สึกอาย	1.91	0.67	ต่ำ
8. ฉัน ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะกลัวผลกระทบกับร่างกายที่จะตามมา เช่น เหนื่อยหอบ เจ็บหน้าอก เป็นต้น	2.61	1.11	ปานกลาง
9. ฉัน ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะการมีเพศสัมพันธ์ทำให้ฉันเสียเวลาในการพักผ่อนนอนหลับ	1.96	0.80	ต่ำ
10. ฉัน ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์เพราะการมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ต้องระมัดระวังมาก	2.48	1.01	ปานกลาง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนของการสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามรายชื่อ (n = 143)

ข้อความ	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. ภรรยา/ คู่นอนของฉันจะตอบสนองความต้องการเมื่อฉันมีความต้องการทางเพศ	3.49	1.08	ปานกลาง
2. ฉันสามารถระบายความเศร้าเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉันกับภรรยา/คู่นอนได้	3.20	1.19	ปานกลาง
3. ภรรยา/ คู่นอนของฉันจะช่วยฉันตัดสินใจเมื่อฉันมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	3.12	1.17	ปานกลาง
4. ภรรยา/ คู่นอนช่วยพาฉันไปพบแพทย์เมื่อฉันมีอาการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์	2.60	1.20	ปานกลาง
5. ฉันสามารถพูดปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์กับภรรยา/ คู่นอนของฉันได้	3.55	1.12	ปานกลาง
6. ภรรยา/ คู่นอนของฉันห่วงใยความรู้สึกของฉันเสมอ	3.82	0.93	สูง
7. ภรรยา/ คู่นอนให้กำลังใจเมื่อฉันล้มเหลวจากการมีเพศสัมพันธ์	3.28	1.20	ปานกลาง
8. เมื่อฉันมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ ภรรยา/ คู่นอนจะแนะนำให้ไปพบแพทย์	2.65	1.25	ปานกลาง
9. ภรรยา/ คู่นอนจัดยาให้ฉันรับประทานทันทีเมื่อฉันมีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์	2.88	1.34	ปานกลาง
10. ภรรยา/ คู่นอนของฉันยอมรับได้กับอาการที่เกิดจากโรคในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ เป็นต้น	3.41	1.15	ปานกลาง

ตาราง แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค กับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายในรูปแบบของ เมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) (n = 143)

	Self ef	satisf	depress	anxiety	barrier	Social s.	Severity	Sex beh
Self ef	1							
satisf	.821**	1						
depress	-.589**	-.571**	1					
anxiety	-.548**	-.536**	.844**	1				
barrier	-.424**	-.434**	.517**	.433**	1			
Social s.	.285**	.295**	-.202*	-.253**	-.214*	1		
Severity	-.325**	-.340**	.289**	.389**	.266**	-.111	1	
Sex beh	.652**	.645**	-.610**	-.557**	-.458**	.394**	-.368**	1

** p < 0.01, * p < 0.05

จากตาราง พบว่า ตัวแปรทำนายคู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ($r = .844, p < .01$) รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ($r = .821, p < .01$)

เมื่อใช้เกณฑ์การพิจารณาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่ามากกว่า 0.80 (Steven, 1996) แสดงว่าตัวแปรทำนายคู่ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันสูง จนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แต่การหาความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายวิธีนี้มีจุดอ่อน คือ ถ้าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีจำนวนมากกว่า 2 ตัวขึ้นไป โอกาสที่จะเกิดปัญหา Multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระยังมีมากขึ้น (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาวิธีการตรวจสอบ Multicollinearity โดยพิจารณาค่า Tolerance และค่า VIF

ตาราง แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

Model	R	R ²	Adj R ²	R ² change	F change	p-value
1	.652	.425	.421	.425	104.062	.000
2	.679	.462	.454	.037	9.633	.002
3	.723	.523	.513	.061	17.845	.000
4	.724	.524	.510	.001	.247	.620
5	.730	.532	.515	.008	2.482	.117
6	.752	.565	.546	.033	10.248	.002
7	.760	.578	.556	.013	4.095	.045

จากตารางผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบเชิงชั้น พบว่า ลำดับขั้นที่ 1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เท่ากับ .425 ($R^2 = .425$)

ลำดับขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรการทำนาย ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์เข้ามาในสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .462 ($R^2 = .462$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลำดับขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวแปรการทำนาย ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ เข้ามาในสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .523 ($R^2 = .523$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลำดับขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนาย ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์เข้ามาในสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .524 ($R^2 = .524$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลำดับขั้นที่ 5 เมื่อเพิ่มตัวแปรการทำนาย การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์เข้ามาในสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .532 ($R^2 = .532$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลำดับขั้นที่ 6 เมื่อเพิ่มตัวแปรการทำนาย การสนับสนุนทางสังคมเข้ามาในสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .565 ($R^2 = .565$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลำดับขั้นที่ 7 เมื่อเพิ่มตัวแปรการทำนาย ความรุนแรงของโรคเข้ามาในสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .578 ($R^2 = .578$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงว่า ตัวแปรทำนายทั้งหมด ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมี

เพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$)

ตาราง แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

Model	F	p-value	b	β	t	p-value	Tolerance	VIF
1 (constant)			-.100		-1.113	.268		
Self-Ef	104.062	.000	.244	.652	10.201	.000	1.000	1.000
2 (constant)			-.158		-1.774	.078		
Self-Ef			.140	.374	3.443	.001	.325	3.075
Satisf	60.033	.000	.120	.338	3.104	.002	.325	3.075
3 (constant)			.382		2.500	.014		
Self-Ef			.097	.259	2.438	.016	.304	3.292
Satisf			.091	.254	2.429	.016	.314	3.189
Depress	50.786	.000	-.117	-.312	-4.224	.000	.630	1.588
4 (constant)			.397		2.542	.012		
Self-Ef			.096	.257	2.410	.017	.303	3.297
Saisf			.090	.251	2.391	.018	.313	3.199
Depress			-.101	-.268	-2.343	.021	.263	3.804
anxiety	37.945	.000	-.019	-.055	-.497	.620	.283	3.539
5 (constant)			.566		2.998	.003		
Self-Ef			.094	.250	2.351	.020	.303	3.304
Satisf			.083	.233	2.220	.028	.309	3.236
Depress			-.083	-.221	-1.876	.063	.246	4.068
Anxiet			-.021	-.061	-.554	.581	.282	3.544
barrier	31.178	.000	-.072	-.110	-1.575	.117	.702	1.425

ตาราง (ต่อ)

Model	F	p-value	b	β	t	p-value	Tolerance	VIF
6 (constant)			.335		1.702	.091		
Self-Ef			.086	.230	2.229	.027	.302	3.316
Satisf			.073	.204	2.001	.047	.307	3.262
Depress			-.098	-.260	-2.265	.025	.243	4.114
Anxiety			-.005	-.015	-.139	.890	.277	3.608
barrier			-.059	-.090	-1.324	.188	.696	1.437
Social S.	29.444	.000	.081	.193	3.201	.002	.884	1.131
7 (constant)			.452		2.228	.028		
Self-Ef			.083	.220	2.159	.033	.301	3.323
satisfy			.065	.184	1.810	.072	.303	3.295
depress			-.111	-.295	-2.568	.011	.238	4.209
anxiety			.016	.045	.406	.685	.257	3.886
barrier			-.053	-.081	-1.206	.230	.693	1.443
Social S.			.083	.197	3.313	.001	.883	1.133
Severity d.	26.397	.000	-.097	-.126	-2.023	.045	.804	1.243

จากตาราง เมื่อพิจารณา ค่า Tolerance ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน Tolerance มีค่า 0-1 ค่ายิ่งใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีความสัมพันธ์กับตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยปกติค่า Tolerance ที่ต่ำกว่า 0.10 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูง หรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity และพิจารณาค่า VIF (Variance Inflation Factor) ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันอีกวิธี ค่า VIF ยิ่งมีค่ามาก (มากกว่า 10) แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูง หรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) จากตารางพบว่า ค่า Tolerance และ ค่า VIF มีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้

และเมื่อพิจารณาค่า Significance ของสถิติทดสอบ F ของแต่ละ Model ในตาราง พบว่า มีค่าน้อยกว่า .05 ทุก Model นั้นหมายความว่า ตัวแปรทำนายแต่ละตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในรูปเชิงเส้น (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550) ดังนั้น สรุปได้ว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 7 ตัวแปร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจาก Model ที่ 7 พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์

($\beta = -0.295$) รองลงมา คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = 0.220$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.197$) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = 0.184$) ความรุนแรงของโรค ($\beta = -0.126$) การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = -0.081$) และสุดท้าย คือ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ($\beta = 0.045$) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 7 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค เป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง ได้ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมทำนายได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวชญญา อุทศสิริพานิช เกิดวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2515 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ เมื่อปี พ.ศ. 2543 และประกาศนียบัตร หลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2550 ปัจจุบันตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย