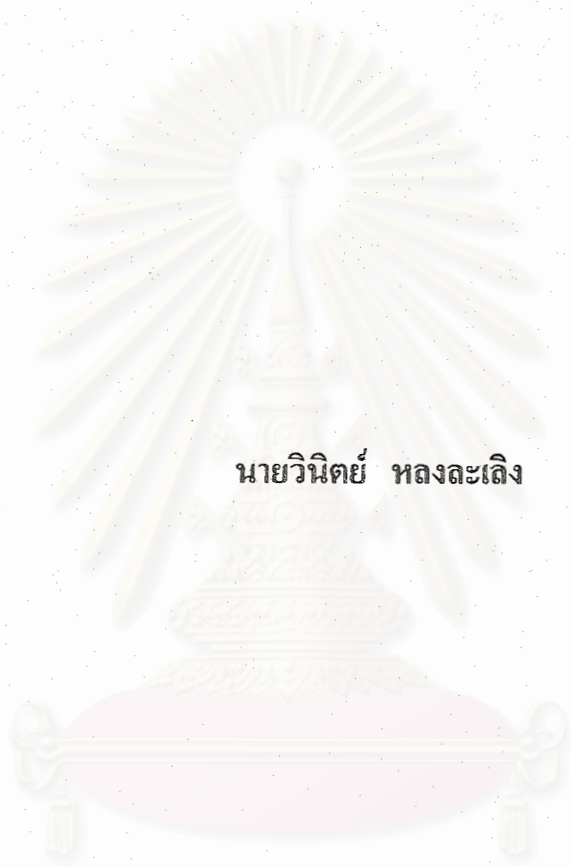


ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล
และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



นายวินิตย์ หลงละเลิง

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาแพทยศาสตร์ (สหสาขาวิชา)

คณะบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5829-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**EFFECT OF USING SEXUAL KNOWLEDGE PROGRAM ON SEXUAL
ATTITUDE ANXIETY AND BEHAVIORS OF PATIENTS WITH
CORONARY HEART DISEASE**



Mr. Winit Longlalerng

**A thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Human Sexuality
(Inter-Department)**

Graduate School

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5829-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โดย

นายวินิตย์ หลงละเลิง

สาขาวิชา

แพศศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีระพงศ์ กิติภาวรงค์

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร. คุณหญิงสุชาดา กีระนันทน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสงค์ ศิริวิริยะกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พีระพงศ์ กิติภาวรงค์)

.....กรรมการ
(อาจารย์นายแพทย์อดิศักดิ์ บัวคำศรี)

วินิตย์ หลงละเลิง : ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อ เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. (EFFECT OF USING SEXUAL KNOWLEDGE PROGRAM ON SEXUAL ATTITUDE ANXIETY AND BEHAVIORS OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE) อ. ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต , อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พีระพงษ์ กิติภาวงศ์ , จำนวน 152 หน้า . ISBN 974-17-5829-4

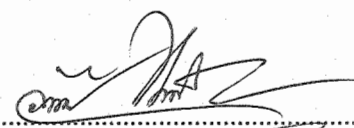
การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อ เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพศชายที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเวลา 4 ครั้ง โดยใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเวลา 4 ครั้ง โดยใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เช่นเดียวกัน


ผลการวิจัยมีดังนี้

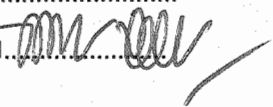
1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ภาควิชาแพศศาสตร์
สาขาวิชาแพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา)
ปีการศึกษา 2546

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4589150820 : MASTER OF SCIENCE IN HUMAN SEXUALITY

KEY WORD : CORONARY HEART DISEASE/SEXUAL KNOWLEDGE PROGRAM/
SEXUAL ATTITUDE/SEXUAL ANXIETY/SEXUAL BEHAVIORS

WINIT LONGLALERNG.RN : EFFECT OF USING SEXUAL KNOWLEDGE
PROGRAM ON SEXUAL ATTITUDE ANXIETY AND BEHAVIORS OF
PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE. (THESIS TITLE) THESIS
ADVISOR : ASSO . PROF . SOMPOCH IAMSUPASIT , Ph.D., THESIS
COADVISOR : ASST . PROF PEERAPONG KITIPAWONG , M.D., 152 pp.
ISBN 974-17-5829-4.

The purpose of this research was to study the effects of using sexual knowledge program on sexual attitude, anxiety, and behaviors of the patients with coronary heart disease. The participants were 60 male patients who were followed up at OPD Medicine Thammasat Hospital. All of them were divided into the experimental group and the control group with 30 each. The experimental group received sexual knowledge program for one hour each week, 4 weeks in the row, while the control group received only general knowledge on the coronary heart disease, also for one hour each week, 4 weeks in the row .

The results show that:

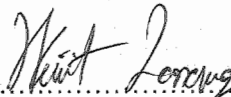
1. There were statistical significance difference between before and after received sexual knowledge program on sexual attitude, anxiety, and behavior of the patients with coronary heart disease at .01 level.

2. There were statistical significance difference between the experimental and control group after using sexual knowledge program on sexual attitude, anxiety, and behavior of the patients with coronary heart disease at .01 level.

Department Graduate School

Field of study Human Sexuality

Academic year 2003

Student's..... 

Advisor's..... 

Co-advisor's..... 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิระพงค์ กิติภาวรงค์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นต่างๆ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในการวิจัย ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และให้กำลังใจอย่างดียิ่งมาโดยตลอด ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสหสาขาวิชาแพศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและมอบประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสงค์ ศิริวิริยะกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และอาจารย์ นายแพทย์ อติชัย บัวคำศรี กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ผู้กรุณาให้คำแนะนำ เกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ และคู่มือการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์นิกร คุณิตสิน อาจารย์ ไพธิน ศรีสุขใจ และ นางสาวสุนีย์ เอี่ยมศิริคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงและแก้ไขเครื่องมือวิจัย รวมทั้งขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แพทย์โรคหัวใจ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล บุคลากรทุกท่านแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และ ที่สำคัญคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดลองและใช้เครื่องมือวิจัย และเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณอวยพร พิชมงคล ที่กรุณาแนะนำแนวทางในการทำวิจัย ขอขอบคุณ คุณศิริรักษ์ ศรีปัญญาพงษ์ คุณศิริยุพา นันสุนานนท์ และ คุณอรอุมา ของรัมย์ จากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการใช้สถิติวิจัย

ขอขอบคุณ คุณศิริวดี ชูเชิด ผู้ประสานงานของสหสาขาวิชาแพศศาสตร์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงานมาโดยตลอด ขอขอบคุณ คุณ จุฑาจิต ศรีธรรมมา และ คุณบุปผา โพธิกะ ที่กรุณาช่วยจัดพิมพ์ตรวจสอบความเรียบร้อยของวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณบุคลากรงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนสำเร็จการศึกษา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา น้องสาวและน้องชาย ที่เป็นแรงผลักดันให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอบอกแก่บุพการี คณาจารย์ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

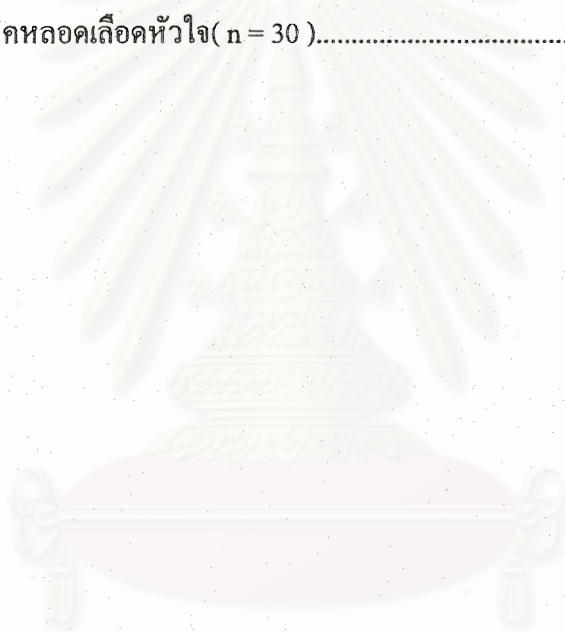
	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1. บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์.....	7
สมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	12
พยาธิสภาพ.....	13
อาการและอาการแสดงทางคลินิก.....	13
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง.....	15
ภาวะแทรกซ้อน.....	21
การวินิจฉัย.....	22
แนวทางการรักษา.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	
ความสำคัญของเพศสัมพันธ์.....	27
ความหมายของเพศสัมพันธ์.....	28
สรีรวิทยาของการตอบสนองทางเพศ.....	30
สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	36

แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	
ความหมายของการให้ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์.....	47
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	47
แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ.....	48
แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้.....	52
คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	55
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	58
3.วิธีการดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	67
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
การดำเนินการทดลอง.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
4.ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
5.สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
อภิปรายผลการวิจัย.....	89
สรุปผลการวิจัย.....	94
ข้อเสนอแนะ.....	95
รายการอ้างอิง.....	96
ภาคผนวก.....	109
ภาคผนวก ก จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมาย	
ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล.....	110
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	115
ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	117
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	120
ภาคผนวก จ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ....	134
ภาคผนวก ฉ คู่มือความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	143
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	152

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1.สรุปกระบวนการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ และกระบวนการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด.....	34
1.(ผลการวิเคราะห์ข้อมูล) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชาย จำแนกตามอายุ อายุผู้สมรสและระยะเวลาสมรส.....	78
2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับ การศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....	79
3. แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับ ความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับและระยะเวลาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	80
4. แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องโรคหัวใจ และแหล่งข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำ.....	81
5.แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ แหล่งข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำและรูปแบบการสื่อสารเรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....	82
6.แสดงการเปรียบเทียบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(n = 30).....	84
7.แสดงการเปรียบเทียบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(n = 30).....	85
8. แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเจตคติ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ในระลอกก่อนและหลังการทดลองการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(n = 30).....	86

ตารางที่	หน้า
9.แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลองการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(n = 30).....	87
10.แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน พฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการทดลองการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(n = 30).....	88



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคหัวใจเป็นโรคที่พบมากขึ้น และเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆของประเทศต่างๆทั่วโลก (American Heart Association, 1991) ในสังคมที่มีความเจริญมากมีอุบัติการณ์การเกิดโรคนี้สูง ดังข้อมูลในต่างประเทศ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง ประมาณปีละ 160,000 คนในอังกฤษ และ 650,000 คนต่อปี ในสหรัฐอเมริกา (Goldman, 1994) ในอังกฤษ ค.ศ. 1995 ประชากร 1 ใน 4 ตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Turner-Boutle, 1998)

สำหรับในประเทศไทย สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกๆปี และพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ อัตราการตายของโรคหัวใจต่อประชากรหนึ่งแสนคนเท่ากับ 62.5 ในปี พ.ศ. 2537 และเพิ่มขึ้นเป็น 69.2 , 77.4 และ 65.4 ในปี พ.ศ. 2538-2540 ตามลำดับ (กองสถิติสาธารณสุข, 2543) แม้ว่าหลังปี 2540 อัตราการตายของโรคหัวใจจะลดลงจากปี 2541, 2542 และ 2543 เท่ากับ 63.5, 49.9 และ 31.9 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน แต่อัตราการตายของโรคหัวใจยังคงสูงติด 3 อันดับแรกจากสาเหตุการตายทั้งหมด มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเฉลี่ยปีละประมาณ 40,000 คน หรือเฉลี่ยวันละกว่า 10 คน หรือประมาณชั่วโมงละ 3.9 คน และมีแนวโน้มว่าโรคนี้จะเพิ่มขึ้นอีก ทั้งนี้เพราะในปัจจุบันประเทศไทยได้พัฒนาจากประเทศเกษตรกรรมเป็นประเทศอุตสาหกรรม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมอย่างรวดเร็ว ประชาชนมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการส่งเสริมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (สุนีย์ เขียมศิริบุญกุล, 2540) ในขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายที่จะลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่ให้เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน (ประวิชัย ดันประเสริฐ, 2542)

ซึ่งเมื่อก้าวถึงผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ มักจะหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีความกลัวว่าจะเกิดภาวะหัวใจวายขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ทำให้คนที่ป่วยโรคหัวใจมักจะขาดความสุขของชีวิต กินไม่ได้ นอนไม่หลับ มีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ ฝ้าแต่คิดว่าตนเป็นโรคหัวใจอยู่ตลอดเวลา มีความวิตกกังวลสูง และจิตใจห่อเหี่ยว ทำให้ความฟิตความกระปรี้กระเปร่าของร่างกายน้อยลงไป สมรรถภาพทุกอย่างจึงพลอยเสื่อมถอยลงไป รวมถึงสมรรถภาพทางเพศ (ชนิดา เขียรธำรงสุข, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีความบกพร่องทางเพศทุกขั้ทรมาณจากการอวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัว และมีการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ลดลง (Sjogren & Fugi, 1983: 197-201) ส่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศหญิงจะมีปัญหาไม่ถึงจุดสุดยอดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ (Scalzi, 1982: 16) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายลดลง ก่อให้เกิดภาวะเครียด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียด และการวิธีการแก้ไข จึงทำให้ผู้ป่วยลดความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ประกอบกับผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาบางชนิดจะยับยั้งความต้องการทางเพศของผู้ป่วย อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยบางรายที่ผ่านการฟื้นฟูสภาพ และได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ เนื่องจากสภาพร่างกายอยู่ในระดับปกติแล้ว แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากความรู้สึกกลัว (Green, 1975 : 248) โดยเฉพาะกลัวเหนื่อย กลัวการเจ็บหน้าอก และกลัวตายขณะมีเพศสัมพันธ์ (Bloch, Maeder & Haissly, 1975: 536-537) ส่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายบางรายเข้าใจว่าการปฏิบัติทางเพศเป็นสิ่งที่อันตราย ทำให้สุขภาพของตนเองเสื่อมโทรมลง คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ใช้พลังงานยิ่งกว่าการเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก และจะทำให้หัวใจทำงานหนักนำไปสู่การเจ็บหน้าอกและการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น (Briggs, 1994: 837) ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาการปฏิบัติตนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็มักไม่กล้าซักถามแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อยู่ในวัยสูงอายุ เนื่องจากกลัวว่าจะถูกมองเป็นคนเสื่อมศีลธรรมหรือพูดในสิ่งที่ไม่ควรพูด

จากการศึกษาของ James E.Muller (2000) พบว่า ประชากรมากกว่า 600,000 คนในสหรัฐอเมริกา ศึกษาในประชากรรอดชีวิตรายใหม่ และประชากรที่กลับมามีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย(Myocardial infarction) อีกครั้งพบว่า ผู้ป่วยและคู่รักหรือคู่สมรสมีเพศสัมพันธ์ที่ลดลง หรือยุติการมีเพศสัมพันธ์ หลังจากที่มิภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพราะคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอีกครั้ง ข้อมูลที่ได้จากการให้คำปรึกษาปัญหาทางเพศจากคู่รักและคู่สมรสในการสำรวจผู้ชายที่แต่งงานมีคู่แล้ว 65 คน หลังจากที่ เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือหลังจากผ่าตัด (Coronary bypass surgery) 42 เดือน พบว่าร้อยละ 70 ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 17 ของผู้ป่วย และร้อยละ 39 ของคนรัก กลัวการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 39 ของผู้ป่วยมีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง หลังจากการผ่าตัดประชากรมากกว่า 12 ล้านคนในสหรัฐอเมริกา มีปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจำนวนมากมีความกลัวอันตรายที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ ภายหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ความวิตกกังวลและความกลัวเป็นเหตุผลสำคัญที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ความต้องการทางเพศลดลง และเกิดภาวะกามตายด้าน (Scalzi & Dracup, 1978: 840) กระแสเสียงจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวนมากได้กล่าวถึงความกลัวที่มีผลต่อเพศสัมพันธ์ คือ รู้สึกกลัวว่าความตื่นเต้น และการที่ต้องใช้กำลังกายมากในขณะที่

เพศสัมพันธ์ จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกและตายอย่างกระทันหัน (Sudden death) กลัวว่ายาที่ใช้ในการรักษาจะทำให้เพศสัมพันธ์ของเขาเปลี่ยนแปลงไป หรือทำให้ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครองได้ วิตกกังวลว่าการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสัญญาณหนึ่งที่ยกให้รู้ว่าตนเองมีอายุมากขึ้น ซึ่งสะท้อนให้รู้ว่าความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์จะลดลงตามวัยร่วมด้วย วิตกกังวลว่าการตื่นตัวทางเพศ และการถึงจุดสุดยอด ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับซ้ำ (Kolodny et al., 1979: 138) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อูมา จันทวิเศษ (2539: 48-49) เรื่องการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีเพศสัมพันธ์ลดลงหรือไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากกลัวว่าอาจทำให้เสียชีวิตกระทันหัน

นอกจากนี้ Briggs (1994: 837) ได้กล่าวถึงคู่ครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายว่ามักจะประสบความรู้สึกกลัวการมีเพศสัมพันธ์เช่นกัน โดยกล่าวว่า ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บหน้าอกกระทันหันขณะที่มีเพศสัมพันธ์จึงพยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย ปัญหาทางเพศสัมพันธ์จึงสร้างความคับข้องใจแก่ตัวผู้ป่วยและคู่ครองและเมื่อมีปัญหาสะสมนานวันเข้า ผู้ป่วยอาจจะรู้สึกค้อยคุณค่าในความเป็นชายหรือความเป็นหญิง ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และคู่ครองเห็นห่างนำไปสู่การแตกร้างของครอบครัวในที่สุด

รศ.นพ. ศุภชัย ฉนวนทรัพย์ (2542) กรรมการวิชาการศูนย์ข้อมูลสุขภาพเพศชาย หัวหน้าหน่วยโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลรามารบดิ กล่าวว่า ขณะมีเพศสัมพันธ์หัวใจจะต้องทำงานเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องการมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายและอาจเสียชีวิตได้ แต่อุบัติการณ์การเกิดปัญหาดังกล่าวขณะมีเพศสัมพันธ์มีน้อยมาก โดยเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจากกิจกรรมทางเพศประมาณ 1 ต่อล้านคนเท่านั้น และสามารถป้องกันได้ด้วยการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 20 ต่อล้าน ซึ่งต่ำมาก การมีเพศสัมพันธ์โดยปกติใช้พลังงานไม่มาก พอๆกับการขึ้นบันไดสองชั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจอื่นสามารถมีเพศสัมพันธ์ตามปกติได้และปลอดภัย ถ้าสามารถขึ้นบันไดสองชั้นได้โดยไม่มีอาการ และการออกกำลังกายเหมาะสมสม่ำเสมอ การมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมสามารถลดความกังวลและความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาได้ (ไกล์หมอ, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์ และคณะ (2543) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดโคโรนารีสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ เมื่อสามารถก้าวขึ้นบันไดอย่างรวดเร็วได้ 2 ชั้น หรือเดินบนที่ราบ 1,000 เมตร (2-3 ช่วงตึก) ในเวลา 10-15 นาที โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก

จากการศึกษาพบว่าโดยทั่วไปภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 4-12 สัปดาห์ (Gondex, 1999) ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่ต้องผ่านการทดสอบความทนทานของร่างกายด้วยการขึ้นบันได 20 ขั้นภายในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ หรือให้ผู้ป่วยทำการทดสอบการออกกำลังกายด้วยการเดินบนลู่วิ่งสายพาน ถ้าไม่มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ เพราะการขึ้นบันได 20 ขั้นภายในเวลา 10 นาที การวิ่งลู่วิ่งสายพาน และการมีเพศสัมพันธ์จะใช้พลังงานใกล้เคียงกัน (Seidl et al., 1991: 258) กล่าวคือ การวิ่งลู่วิ่งสายพานจะใช้พลังงานเท่ากับ 5-6 METS ส่วนการมีเพศสัมพันธ์จะใช้พลังงาน 3.7 METS และขณะถึงจุดสุดยอดจะใช้พลังงานเท่ากับ 5 METS

สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่าประมาณ 1 ใน 3 เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่วนมากแล้วไม่มีอาการเจ็บหน้าอก และแพทย์สามารถทำนายได้ว่ารายใดจะเกิดหรือไม่เกิดได้ จากการตรวจสอบสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise stress test) แต่อย่างไรก็ตามโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีเพศสัมพันธ์เฉลี่ย 1 ครั้งต่อสัปดาห์นั้น มีน้อยมาก คือเพียงร้อยละ 1.0-1.2 ต่อปี จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ (ระพีพล คุญชร, 2543)

จากรายงาน การประชุมประจำปีของวิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจนานาชาติ ที่เรียกว่า American College of Cardiology (ACC) ณ เมือง Anaheim สหรัฐอเมริกา มีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 30,000 คนทั่วโลก โดย 2 ใน 3 ของผู้เข้าร่วมประชุม เป็นแพทย์ ได้มีรายงานเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์กับโรคหัวใจว่า เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจจะทำให้เกิด "ตายคาอก" จริงหรือ การศึกษาในผู้แข็งแรงดี อายุ 25-43 ปี พบว่า "ท่าทาง" ขณะมีเพศสัมพันธ์ไม่มีผลต่อความดันโลหิต และชีพจรมากนัก

ได้มีการศึกษาเปรียบเทียบ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตในขณะมีเพศสัมพันธ์กับขณะการขึ้นบันได 20 ขั้นภายในเวลา 10 นาทีของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจเมื่อขึ้นบันได 20 ขั้นเท่ากับ 118 ครั้ง/นาที ในขณะที่ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจเมื่อมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 115 ครั้ง/นาที โดยค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบนขณะมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 164 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งอาจจะสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตให้เห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายใช้พลังงานน้อยกว่าการขึ้นบันได 20 ขั้น ภายในเวลา 10 นาที นั้นเอง (Larson, Naughton, Kennedy & Mansfield, 1980: 1025-1039)

อย่างไรก็ตาม แม้เรื่องเพศจะเป็นที่ยอมรับว่าสำคัญในการดำรงชีวิต และเป็นความสุขสมบูรณ์ของชีวิตคู่ แต่ในสังคมไทยมีความเชื่อและยึดถือปฏิบัติมาว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นเรื่องลับเฉพาะ บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงการสนทนาได้ตอบในเรื่องเพศอย่างเปิดเผย (ธนิดา ธีรธรรางสุข, 2543) จึงทำให้มนุษย์เรียนรู้เรื่องเพศน้อยและบางครั้งก็เรียนรู้ไม่ถูกต้อง (วันทนี

วารสารจิตวิทยา, 2526: 4) สิ่งเหล่านี้จึงทำให้บุคคลในสังคมไทยมีเจตคติในด้านลบต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ไม่กล้าที่จะบอกปัญหาเพศสัมพันธ์กับแพทย์หรือพยาบาลและมักใช้วิธีหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้นหรือแก้ไขปัญหามาของตนเองตามลำพัง

ในขณะเดียวกัน วิชาชีพแพทย์พยาบาลส่วนใหญ่ยุ่งยากใจในการให้คำแนะนำปัญหาทางเพศ เพราะขนบธรรมเนียมประเพณีถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องลึกลับต้องห้าม ซึ่งทำให้การพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องลำบาก และมักหลีกเลี่ยงการตอบปัญหาเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย อีกทั้งหลักสูตรการศึกษา โดยส่วนใหญ่มีการบรรจุเนื้อหาแนวความคิดการดูแลผู้ป่วยด้านเพศสัมพันธ์เพียงเล็กน้อย ทำให้บุคลากรมีความรู้เรื่องในระดับผิวเผินไม่สามารถนำความรู้มาแนะนำกับผู้ป่วยได้ และอาจนำไปสู่การขาดความเข้าใจและขาดความตระหนักในการประเมิน การค้นหาปัญหาและการช่วยแก้ไขปัญหาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย รวมทั้งอาจมีความเชื่อว่าผู้ที่เจ็บป่วยเป็นผู้ที่ไม่มีความสนใจและไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ (ชนิดา เขียรธำรงสุข, 2543: 3)

Briggs (1994: 838) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวนมากไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย แม้แต่แพทย์ผู้รักษาเองก็ไม่ได้ให้รายละเอียดที่ชัดเจนในเรื่องนี้ เนื่องจากแพทย์ไม่มีเวลาเพียงพอให้ผู้ป่วย มุ่งแต่การรักษาด้านร่างกายขาดความเข้าใจเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย และไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์หรือไม่ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เพราะแพทย์มีความเชื่อว่าผู้ป่วยไม่ควรจะมีเพศสัมพันธ์ และเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่ควรกล่าวถึง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wishnie, Hackett and Cassen (1971: 1294-1295) ได้ทำศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ 75 เนื่องจากไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ และสอดคล้องกับคำกล่าวของ Eihenberg (1980) อังโน ศิริอร สินธุ (2526: 82) ที่ว่าแพทย์และพยาบาลไม่ได้ถูกเตรียมเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์หรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องเพศสัมพันธ์ มีความไม่สะดวกใจในการประเมินความบกพร่องทางเพศและให้คำแนะนำที่คลุมเครือ ซึ่งสะท้อนว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นองค์ประกอบประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสุขภาพด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

งานวิจัยหลายเรื่องสนับสนุนว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Tuttle et al., 1964: 140; Johnston et al., 1978: 1027; Papadopoulos et al., 1983: 681-685; Albarran & Bridger, 1997: 6) และผู้ป่วยพยายามค้นหาความรู้ด้านเพศสัมพันธ์ โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมักได้แก่ หนังสือพิมพ์ หนังสือบันเทิงเรีงรมย์ คนใกล้ชิด ข่าวนิตยสาร ข้อมูลที่ได้รับมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ทำให้ใช้พลังงานมาก ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้น และอาจถึงตายได้ขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกกลัว Scalzi and Dracup (1978: 840) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่ขาดคำแนะนำข้อมูลด้านเพศสัมพันธ์จะขาดความรู้ด้านเพศสัมพันธ์ ขาดความเชื่อมั่นในการมีเพศสัมพันธ์ และมี

ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยจะเผชิญปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ในทางลบ และเกิดภาวะ
 กามตายด้าน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาการขาดข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ได้รับการแก้ไข ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคม ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมไทยมองว่า
 เรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรพูด ไม่ควรเปิดเผย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วิชาชีพแพทย์
 พยายามขู่ขยอกใจในการให้คำแนะนำปัญหาทางเพศ หรือความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรค
 หลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งจะเห็นได้ว่าหลักสูตรการศึกษาโดยส่วนใหญ่ให้แนวคิดหรือเนื้อหาทาง
 เพศสัมพันธ์น้อย จึงทำให้แพทย์ พยายามขาดความเข้าใจ ขาดแนวทางการให้ความรู้ที่แท้จริงใน
 การแนะนำผู้ป่วย นำไปสู่การขาดความตระหนักในปัญหาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย ซึ่งกลับกลายเป็น
 สาเหตุของความวิตกกังวล ความกลัว พฤติกรรมทางเพศที่ถดถอยหรือหยุดการมีเพศสัมพันธ์
 ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาชีวิตด้านเพศสัมพันธ์ และปัญหาครอบครัวตามมาเป็นลูกโซ่

เพศสัมพันธ์ภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เห็นภาพการ
 ตอบสนองด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็น 3 ลักษณะคือ ลักษณะที่เพศ
 สัมพันธ์ลดลงภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลักษณะที่หยุดการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังการ
 เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลักษณะที่มีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจ
 ตาย ในขณะเดียวกันก็พบว่า ผู้ป่วยและคู่ครองมีความวิตกกังวล มีเจตคติที่ไม่ดี กลัวในการกลับไป
 ไปมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ
 น้อยจึงนำไปสู่พฤติกรรมที่ถดถอยทางเพศในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป ตามความเชื่อในแต่ละ
 วัฒนธรรม ซึ่งในความเป็นจริงจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยต้องการความรู้ในเรื่องเพศสัมพันธ์หลัง
 จากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการศึกษาวิจัยมากมายเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรค
 กล้ามเนื้อหัวใจตายแต่ยังขาดการนำไปใช้จริง ในการให้ความรู้ทางด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยกลุ่ม
 นี้

ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญ ทางด้านองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 เลือดหัวใจของไทย ซึ่งยังมีอยู่น้อยมากไม่เพียงพอสำหรับการเข้าถึงการตอบสนองด้านเพศ
 สัมพันธ์ ตลอดจนความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะเห็นได้จากงาน
 วิจัยในประเทศไทยที่มีอยู่น้อยมาก ส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยบางประการที่มีผล
 ต่อเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ (สิริอร สีนธู, 2526) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
 ความรุนแรงของโรค และความรู้เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาด
 เลือด (ผจงจิต อัสวกุล, 2542) และงานวิจัยเชิงคุณภาพ เรื่องประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้
 ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ธนิศา เรียรธารงสุข, 2543) ซึ่งเป็นการวิจัยที่ให้ข้อมูลความรู้ในเชิง
 ประจักษ์ที่มาจากข้อมูลจริง และเป็นมุมมองของผู้ป่วยเองทำให้ได้ข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ป่วย
 สำหรับใช้ทำความเข้าใจความต้องการ และปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยในระบบบริการ

สุขภาพ เพื่อให้ผู้ให้บริการจะได้วางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สามารถสนองความต้องการ และปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ได้สอดคล้องตรงกับผู้รับบริการ แต่อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีงานวิจัยใด ที่มุ่งเน้นเน้นให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยตรง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความมุ่งมั่น ที่จะสร้างโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจขึ้นและทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศ ทั้งนี้เพื่อนำผล การศึกษาดังกล่าวไปใช้ได้จริง อีกทั้งเป็นแนวทางในการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วย กลุ่มนี้อย่างมีประสิทธิภาพและแพร่หลายมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศ สัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการให้ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศเพศสัมพันธ์ดีกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศ สัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) วัดผล ก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม (Pretest-posttest control group design) ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี สถานภาพคู่ ซึ่งได้ผ่านการประเมินสุขภาพจากแพทย์โรคหัวใจว่าสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ โดยแบ่งตามศักยภาพของผู้ป่วย(functional classification) ซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 ตามข้อกำหนดความรุนแรงของโรคของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์กสหรัฐอเมริกา (New York Heart Association, 1964 cited in Rasof , & Gorbien, 1998: 234) กล่าวคือระดับ 1 ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น การทำงาน การออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก และระดับ 2 ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น กวาดบ้านถูบ้าน การเดินในระยะทางไกลๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอก แต่จะมีอาการถ้ามีการออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น การเดินขึ้นบันไดเร็วๆ เป็นต้น และจะกลับรู้สึกสบายดีเมื่อได้พักระยะหนึ่งหลังจากนั้นสามารถทำกิจกรรมต่อได้ ซึ่งจะทำการวิจัย ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2547-มีนาคม พ.ศ. 2547 จำนวนทั้งสิ้น 60 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

2.2 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

2.2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.2.2 ตัวแปรตาม คือ เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้นโรคที่เกิดร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และหัวใจเต้นผิดปกติ สถานภาพคู่ อายุระหว่าง 35-60 ปี มีระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 1 และระดับ 2 ได้รับการประเมินจากแพทย์โรคหัวใจว่ามีความพร้อมทางด้านร่างกาย สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่มีอันตรายต่อสุขภาพกาย เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยจะต้องไม่ได้รับยากลุ่ม Beta blocker ในการรักษามาก่อนเพราะยาเหล่านี้จะทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลงได้ เต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตลอดโปรแกรมที่กำหนด(ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย)

2. โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หมายถึง แบบแผนการจัดการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่จัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แนวทางการให้ความรู้ด้านสุขภาพซึ่งผู้วิจัย

ได้แนวความคิดจากการทบทวนวรรณกรรมผนวกกับแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ(เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541) กระบวนการสอนสุขศึกษา(พรณี บัญชรหัตถกิจ, 2540) และกระบวนการเรียนรู้ของ Mouley and Gange (อ้างใน อารี พันธุ์มณี, 2534) โดยดำเนินการสอนให้ความรู้แบบรายกลุ่ม และรายบุคคล ตามความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เกี่ยวกับกายวิภาคของระบบสืบพันธุ์ สรีรวิทยาทางเพศ ความรู้ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ การใช้ยาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมทางเพศ และการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโดยครอบคลุมในเรื่อง ความบ่อยครั้ง เวลาที่เหมาะสม การป้องกันอันตรายจากการร่วมเพศและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ซึ่งจัดทำออกมาเป็นคู่มือความรู้เรื่อง"เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ" โดยการศึกษาแนวคิดคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Burk (1990: 365-367) and Gondex (1999)

4.เจตคติทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความเห็นที่มีต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งแสดงออกในแนวคิดที่ว่าอะไรถูก อะไรผิด ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจ ยอมรับหรือปฏิเสธ การเข้าหาหรือการถอยหนี วัดได้โดยใช้แบบสอบถามเจตคติทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

5.ความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่น หรือไม่สบายใจต่อเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น หรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นและคาดว่าจะป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ความวิตกกังวลนี้ เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย ในเรื่องเพศสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ วัดได้โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลเรื่อง เพศสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ ศิริอร สินธุ (2526)จากงานวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ"

6.พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ได้แก่ การจับมือ การโอบกอด การจูบ หรือหอมแก้ม การลูบคลำหรือการประเล้าประโลม การพูดคุยกับคนรักหรือคู่สมรสด้วยความห่วงใย การพูดเปิดเผยในเรื่องเพศ การจินตนาการ หรือการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง และพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ วัดได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองบางส่วนจากการทบทวนวรรณกรรม และจากการศึกษาดัดแปลงแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของ ผจงจิต อัครวิกุล (2542) จากงานวิจัยเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความรุนแรงของโรค และความรู้เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด" โดยคัดเลือกเฉพาะคำถามที่เหมาะสมกับงานวิจัยเรื่องนี้เท่านั้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีต่อ เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา ซึ่งจะบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของ โปรแกรมในระดับหนึ่ง

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวทางในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์

3. ด้านบริหาร เพื่อให้ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษาหรือนุเคราะห์ทางสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการศึกษา หรือฝึกอบรมบุคลากรในหน่วยงาน และมองเห็นแนวทางที่จะพัฒนาบุคลากรของตน ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ

4. ด้านบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของแพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษาหรือนุเคราะห์ในทีมสุขภาพให้มีความรู้ความเข้าใจ มีความเชื่อมั่นที่จะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

5. ด้านวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาให้ความรู้แก่นักศึกษาแพทย์ พยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ และผู้สนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัย ในด้านการให้ความรู้หรือพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ทางด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคอื่นๆต่อไปอย่างกว้างขวาง

6. เปิดโลกทัศน์ทางการแพทย์เกี่ยวกับการให้ความรู้ทางด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยไทยให้เปิดกว้างและเป็นที่ยอมรับมากยิ่งขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ

- 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.2 พยาธิสภาพ
- 1.3 อาการและอาการแสดงทางคลินิก
- 1.4 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง
- 1.5 ภาวะแทรกซ้อน
- 1.6 การวินิจฉัย
- 1.7 แนวทางการรักษา

2. แนวคิดเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

- 2.1 ความสำคัญของเพศสัมพันธ์
- 2.2 ความหมายของเพศสัมพันธ์
- 2.3 กระบวนการตอบสนองทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 2.4 สาเหตุการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

- 3.1 ความหมายของการให้ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์
- 3.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ
- 3.4 แนวคิดพฤติกรรมศาสตร์และกระบวนการเรียนรู้
- 3.5 คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.โรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบแคบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

ในภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) เป็นสภาวะการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนใดส่วนหนึ่งอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากขาดเลือดมาเลี้ยงอย่างเพียงพอ เนื่องจากการขาดออกซิเจนในระยะเวลาหนึ่ง เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่ต้องทำงานอยู่ตลอดเวลา ถ้ามีการอุดตันหรือการไหลเวียนเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจติดขัด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะนี้ถือว่าเป็นภาวะที่มีอันตรายมาก ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและอาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว(คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease, CHD) หมายถึง อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเกิดจากการขาดความสมดุลระหว่างเลือดที่ขึ้นไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ(supply) กับความต้องการเลือดไปเลี้ยงหัวใจ (demand) โดยที่ demand จะมากกว่า supply เสมอ ทำให้หัวใจขาดออกซิเจน จึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น (Lueckenotte, 1996: 511)

โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งหมายถึง ภาวะที่หัวใจขาดเลือดหรือเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอกับความต้องการ ส่วนใหญ่จะมีสาเหตุจากผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีเลี้ยงหัวใจเกิดการแข็งตัวและมีรูตีบแคบลง (Coronary Atherosclerosis) ทำให้การไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน จึงทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น อาจเรียกชื่ออื่นได้อีก เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี(Coronary Heart Disease)หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Disease) (Beare & Myers, 1994: 858)

จากความหมายข้างต้นจึงสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Heart Disease, CHD) หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Disease, CAD) หมายถึงภาวะที่หัวใจขาดเลือดและออกซิเจนมาเลี้ยงอย่างเพียงพอ ซึ่งมีสาเหตุมาจากผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีเลี้ยงหัวใจ เกิดการแข็งตัวและมีรูตีบแคบลง ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน ซึ่งจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น ถ้ามีการอุดตันการไหลเวียนของเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและอาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction, AMI) ซึ่งสภาวะนี้ถือว่าเป็นอันตรายมาก ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

1.2พยาธิสภาพ

พยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากการหนาตัว และแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (atherosclerosis) ซึ่งเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงที่สลับซับซ้อน การดำเนินของโรคจะขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงและกรรมพันธุ์ของแต่ละบุคคลแต่ละตำแหน่งของหลอดเลือด แรกเริ่มสุดจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน (intimal layer) โดยเซลล์บุชั้นใน (endothelial cell) จะทำหน้าที่ผิดไปจากปกติ เกิดการเกาะจับของไขมันมีการกระตุ้นเซลล์กลุ้มเนื้อเรียบบmacrophage และ lymphocyte ตลอดจนเกร็ดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดก็จะแคบเล็กลง เลือดไหลผ่านไม่สะดวก และมีปริมาณน้อยลง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงสามารถแบ่งตามพยาธิสภาพออกได้เป็นระยะเป็นเส้นไขมัน (fatty streak) แล้วไปเป็นตุ่มไขมัน (fatty plaque) แล้วมีเส้นใยแทรก (fibrous plaque) และกลายเป็นตุ่มที่ผิวแตกออกมีเกร็ดเลือดมาเกาะ (complicated plaque) โดยการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็กและค่อยเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นสาเหตุในการเกิดการอุดตันของการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งขึ้นทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง ขาดความยืดหยุ่น ไม่สามารถขยายตัวได้ เกิดความไม่สมดุลของการไหลของเลือดแดงเลี้ยงหัวใจกับความต้องการเลือดเลี้ยงหัวใจ (imbalance of myocardial supply and demand) ทำให้ออกซิเจนและสารอาหารที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ลดลง เมื่อเลือดแดงไหลมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจ มีออกซิเจนน้อย จะเกิดภาวะโรคหัวใจขาดเลือด โดยปกติเมื่อมีการอุดตันเนื่องจากการแข็งตัวของหลอดเลือดส่วนต้นของหลอดเลือดแดงเลี้ยงหัวใจ ความดันในส่วนปลายของหลอดเลือดนั้นจะลดลง แต่จะมีการพยายามเลี้ยงไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึงขั้นอันตราย โดยลดการตึงตัว (decrease in resistance) และให้สาร adenosine ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัวได้ adenosine จะมีมากขึ้นเมื่อเมตาบอลิซึมของกล้ามเนื้อหัวใจสูงขึ้น หรือในภาวะที่มีเลือดมาเลี้ยงลดลง (reduce arterial supply) ซึ่งเป็นการควบคุมอัตโนมัติ (auto-regulation) แต่ถ้ามีการอุดตันมากกว่าร้อยละ 80 จะมีผลต่อปริมาณของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ และความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดที่รุนแรงได้ โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเกิดขึ้น (พรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 433-436. อ้างในผจงจิต, 2542)

1.3อาการและอาการแสดงทางคลินิก

การไม่ปรากฏอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด ขึ้นอยู่กับการคงไว้ซึ่งสมดุลระหว่างปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการ ถ้าปริมาณออกซิเจนหรือเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงต่ำกว่า

ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจแล้ว เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจก็จะได้รับอันตราย (ภาวะหัวใจขาดเลือด) หรือเนื้อเยื่อบริเวณนั้นถูกทำลาย (ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย) ระหว่างที่มีภาวะขาดเลือดเกิดขึ้นซึ่งขึ้นกับระดับความรุนแรงของเซลล์ที่ถูกทำลายนั้น ผู้ป่วยจะแสดงออกโดยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เซลล์เหล่านี้จะคืนสู่สภาพเดิมเมื่อปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจได้ตามปกติ แต่ถ้าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงเป็นเวลานาน จะทำให้เซลล์บริเวณดังกล่าวตายได้ ปัจจัยที่มีผลต่อการลดปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ การอุดตันของเกร็ดเลือด (thrombus formation) ความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ภาวะเลือดจาง (anemia) ภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) และหลอดเลือดแดงโคโรนารีหดตัว (coronary artery spasm) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บหน้าอก (chest pain or angina pectoris) เมื่อรูของหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแคบร้อยละ 75 ขึ้นไป แต่ในผู้สูงอายุมักจะมีอาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นอาการสำคัญนำมาก่อนจะมีอาการเจ็บหน้าอกถึงร้อยละ 80 (Beare & Myers, 1994: 859-860) ภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุอาจจะแสดงอาการหรือไม่แสดงอาการก็ได้ ร้อยละ 80 ของกลุ่มที่แสดงอาการ จะมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นอันดับแรก (Wenger et al, 1987 cited in Ritchie, 1993:424) ในรายที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกมักให้ประวัติว่าหายใจลำบาก และ/หรืออ่อนเพลีย อาจมีอาการร่วมอื่นๆ เช่น เป็นลม ใจเต้น แน่นท้อง รู้สึกเหมือนเป็นไข้ ปวดกราม ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ เป็นต้น อาการของการขาดออกซิเจน เช่น สีของผิวหนังและเยื่ออวัยวะต่างๆซีดลง บวม อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มขึ้น ลดลงหรือไม่สม่ำเสมอ และความดันโลหิตลดลงในอวัยวะส่วนปลาย (Frishman et al, 1987; Hurst, 1990 cited in Ritchie, 1993: 424)

อาการเจ็บหน้าอก เป็นอาการที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด แต่ในผู้สูงอายุอาการอาจไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุอาจรู้สึกเหนื่อย จุกแน่นหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก และความดันโลหิตต่ำ ซึ่งถ้าไม่สามารถประเมินอาการและให้การช่วยเหลือโดยทันทีแล้วอาจทำให้เสียชีวิตกระทันหันได้ (Huntter, 1995: 32) การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องทดลองและการตรวจคลื่นหัวใจจะเป็นประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยได้

การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด

อาการสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยแต่ละคนทำกิจกรรมแตกต่างกันไป ผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือนอนพักก็จะมีอาการเจ็บหน้าอกย่อมมีความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายหนักๆแล้วมีอาการเจ็บหน้าอก สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association, 1964 cited in Rasof & Gorbien, 1998: 234) 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

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

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ในระดับปกติ เช่น เดินหรือขึ้นบันได โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จะเกิดอาการเมื่อทำงานอย่างหนักเป็นเวลานาน

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

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

ระดับที่ 4 ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะพัก

1.4 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

โรคหลอดเลือดหัวใจจากการศึกษาพบว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีสาเหตุร้อยละ 80-90 มาจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว ผนังบุด้านในของหลอดเลือด (intima layer) เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงก่อนผนังชั้นกลาง (media layer) ในระยะแรกจะเกิดรอยไขมัน (fatty streak) ที่ผนัง ต่อมาจะกลายเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนาๆ (fibrous plaques) จนผนังหนาตัวขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือมีเลือดออก และมีหินปูนจับเกาะได้ (calcification) จากการศึกษาการระบาดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ พบปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลทำให้โรคนี้นับได้บ่อยขึ้นและมี

ความรุนแรงขึ้น ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Lueckenotte, 1996: 498)

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1.กรรมพันธุ์ ผู้สูงอายุที่มีบุคคลในครอบครัวซึ่งอาจจะเป็นพ่อ แม่ พี่น้องที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะมีโอกาสเป็นโรคนี้อีก (Simon and others, 1991: 589) มีบุคคลในครอบครัวเดียวกันที่เป็นญาติสายตรง เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่อายุไม่มาก (ชายอายุน้อยกว่า 55 ปี, หญิงอายุน้อยกว่า 65 ปี) ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และ ศรีนัย วรรณประเสริฐ, 2546: 4)

2.อายุ ความมีอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และการทำงานของหัวใจ (Morgan, 1994: 249) เมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวมากขึ้นกว่าคนที่อายุน้อย (สมชาติ โลจายะ และ วิชัย ต้นไพจิตร, 2533: 649) ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล่าวคือผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้นและมีการเชื่อมตามขวางของเส้นคอลลาเจนมากขึ้น นอกจากนี้เส้นใยอีลาสตินยังมีแคลเซียมมาเกาะ (elastocalcinosis) และมีไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) (Stanley, 1995: 190) จากการศึกษาของ Bild และคณะ (1993: 1047) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีอายุ 65 ปี และมากกว่า 65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 5,201 คน พบว่า จะพบโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นตามอายุโดยสูงสุดในอายุ 85 ปี แต่ในปัจจุบันผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจมีอายุน้อยลง คือชายตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป และหญิงตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปจากการศึกษา (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และ ศรีนัย วรรณประเสริฐ, 2546: 4) อย่างไรก็ตามความมีอายุมิได้เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ แต่การเกิดโรคจะเกิดจากพฤติกรรมด้วย (Lueckenotte, 1996)

3.เพศ พบว่าเพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า ความแตกต่างในโอกาสเสี่ยงระหว่างเพศหญิงกับเพศชายจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น และเมื่อมีอายุมากขึ้นเป็น 70 ปี โอกาสเกิดโรคทั้งในเพศหญิงและเพศชายจะเท่ากัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 72) นอกจากนี้พบว่าเพศหญิงอายุ 45-55 ปี ที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือน จะมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่มีอายุเท่ากัน แต่ยังไม่หมดประจำเดือน (Nachtigall & Nachtigall, 1990: 24) จากการผ่าศพผู้หญิงชาวอเมริกาในวัยก่อน 50 ปี ซึ่งผ่าตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง มีข้อบ่งชี้ว่าเกิดโรคหัวใจเนื่องจากหลอดเลือดตีบแข็งจากไขมันเกาะภายในหลอดเลือด การอุดตันของหลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น (สุภาณี กาญจนนารี, 2539: 232)

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1. ความดันโลหิตสูง (ความดันเลือดตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไปหรือได้รับยารักษาความดันอยู่ในปัจจุบัน) เนื่องจากทำให้หลอดเลือดหัวใจบีบตัว (Vasoconstrict) ผนังหลอดเลือดหัวใจชั้นในถูกทำลาย ทำให้แผ่นคราบในหลอดเลือดแตกแยก ทำให้ผนังหลอดเลือดแตกแยกตาม มีเกร็ดเลือดมารวมตัวกัน กลไกการแข็งตัวของเลือดถูกกระตุ้น ทำให้เกิดไฟбрิน ร่างกายมีระบบสลายไฟбрิน แต่ถ้าระบบนี้บกพร่อง ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันและหลอดเลือดบีบตัว(อุไร ศรีแก้ว, 2543) จากการศึกษาทางระบาดวิทยา แสดงให้เห็นชัดเจนว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายอัตราการตาย และการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Simon and others, 1991: 589; Guzik, 1992: 352; WHO, 1995: 8) จากการศึกษาที่ผ่านมพบว่า โอกาสของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแปรผันเป็นเส้นตรงตามระดับความดันเลือดที่สูงขึ้น ประมาณว่าค่าความดันเลือด diastolic ที่เพิ่มขึ้น 7 มม.ปรอทจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD) ร้อยละ 27 และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด stroke ร้อยละ 42 (MacMahon, Peto & Cutler, 1990; 335: 765-774)

2. ระดับโคเลสเตอรอล ระดับโคเลสเตอรอลรวมทั้งหมด (total cholesterol) และแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) จะเป็นตัวทำนายปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในผู้สูงอายุระดับโคเลสเตอรอลไม่ควรเกิน 240 mg/dl (ปกติ 200-240mg/dl) (Leaf, 1994: 35; Miller and Gottlieb, 1991: 24) ระดับ cholesterol รวมหรือระดับ LDL cholesterol ในเลือดสูง ผิดปกติถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนระดับ triglyceride สูง ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงใหม่ของโรคหลอดเลือดหัวใจ จากคำแนะนำของ NCEP ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่แล้วหรือเป็นโรคเบาหวานควรรักษาให้ระดับ triglyceride ต่ำกว่า 150 mg/dl ถ้าสามารถทำได้(อภิชาติ สุคนธสรณ์ และ ศรีนัย ควรประเสริฐ, 2546: 4)

3. การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่จะเพิ่มการหลั่งของอิพิเนฟริน กับนอร์อิพิเนฟริน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจผิดจังหวะและเร็วขึ้น เพิ่มความดันโลหิตและการใช้ออกซิเจน (Trap-Jensen, 1988: 263) ส่วนคาร์บอนมอนอกไซด์ จะลดความสามารถของเลือดในการขนส่งออกซิเจน ผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 20 มวน/วันขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจถึง 6.5 เท่าของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ (สมชาติ โลจายะ, 2536: 21) จากการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่จะทำให้ผู้สูงอายุชาวอเมริกันและญี่ปุ่น มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น เพศชายมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง โดยผู้สูงอายุชายที่ยังสูบบุหรี่ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (Benfant, Reed & Frank, 1991: 897-899) และในปี ค.ศ.1985 ได้มีการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็น 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และจำนวนผู้

ที่เสียชีวิตที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ในเพศชายจะมากกว่าเพศหญิง (WHO, 1995: 23-24) จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การสูบบุหรี่สม่ำเสมอทำให้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า โดยแปรตามจำนวนของบุหรี่ที่สูบ ยิ่งสูบมากก็ยิ่งเสี่ยงมาก แม้ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ (passive smokers) ก็มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด sudden death, aortic aneurysm, peripheral vascular disease และ ischemic stroke อีกด้วย (He, Vupputuri, Allen, et al, 1999; 340: 920-926) นอกจากนี้ยังพบว่า การสูบบุหรี่มีผลเร่งให้หลอดเลือดมีการแข็งตัวเร็วขึ้น กระตุ้น LDL cholesterol oxidation ลดระดับ HDL cholesterol ลด endothelium-dependent coronary artery vasodilation เพิ่ม inflammatory makers เช่น C-reactive protein intercellular adhesion molecule (ICAM-1) และ fibrinogen ทำให้เกิดการจับตัวกันของเกร็ดเลือด เพิ่มการจับตัวของ monocyte ต่อ endothelial cells ทำให้เกิด coronary spasm และทำให้ threshold ต่อการเกิด ventricular arrhythmia ลดลง (The Health Benefits of Smoking Cessation, 1990)

4. การออกกำลังกาย จากการศึกษาทั่วไปในอดีตและในปัจจุบัน พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (WHO, 1995: 24) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแบบกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เพิ่มขึ้น เป็นผลมาจากการใช้ชีวิตอย่างสุขสบายและผู้ที่มิอาชีพนั่งทำงานเป็นส่วนใหญ่ จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็น 1.9 เท่าของผู้ที่มีอาชีพที่ต้องทำงานกระฉับกระเฉง (Powell et al, 1987:251-289 อ้างถึงใน วินัส ลิพหกุล, 2539: 41) จากการศึกษาพบว่า การไม่ออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD risk) (Leon and Connett, 1991; 20: 690-697) การเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงระดับปานกลางจะมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Paffenbarger et al, 1993: 538-544) พบว่า ภาวะการขาดการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบมากที่สุดของผู้หญิงไทย (ลินจง โปธิบาล, 2538:1-18) และการออกกำลังกายจะมีผลต่อการลดภาวะเสี่ยงโดยการลดน้ำหนัก ลดความเครียด และเพิ่ม HDL ในเลือด (Carison, Braun, & Murphy, 1996: 264)

5. เบาหวาน ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานจะมีการเปลี่ยนแปลงความยืดหยุ่นของหลอดเลือด หลอดเลือดแข็งตัวมากกว่าปกติ (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะพบว่ามีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมาเป็นเวลานานและมักจะพบเป็น 2 เท่าของคนปกติ และมักพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีระดับความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย (พรรณี เสถียรโชค และ ประดิษฐ์ชัยเสรี, 2536: 432) ในผู้สูงอายุพบว่าเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (King & Dowd, 1990:3-8 อ้างถึงใน วินัส ลิพหกุล, 2539) และพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ว่าจะเป็นชนิดที่ 1 หรือชนิดที่ 2 ต่างก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

หลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นประมาณ 2 ถึง 4 เท่า แม้ว่าจะมีระดับความเสี่ยงอื่นใกล้เคียงกัน เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้นแล้วก็จะเกิดโรคแทรกซ้อนได้บ่อยกว่า และทำให้อัตราเสียชีวิตภายหลัง myocardial infarction ได้มากกว่า (Grundy, Benjamin & Burke, 1999; 100: 1134-1146)

6. ความอ้วน ความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยังไม่สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ดังกล่าวได้อย่างชัดเจน แต่มีการศึกษาพบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Chaithiraphan, 1986: 114) และพบว่าความอ้วนจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง เบาหวาน และระดับไขมันในเลือดสูง (Feldman, 1980:71) การจะกล่าวว่าเป็นสาเหตุโดยตรงของโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่นั้นค่อนข้างลำบาก เนื่องจากว่าโรคอ้วนจะสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงอื่นของโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างใกล้ชิด เช่น โรคความดันเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน อย่างไรก็ตามภาวะน้ำหนักเกินก็มีความสัมพันธ์ชัดเจนกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งยืนยันได้จากการศึกษา ชื่อ The Nurses' Health Study ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเพิ่มน้ำหนักขึ้น 5-8 กิโลกรัม ภายในเวลา 18 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ตั้งแต่ 1.25 เท่าขึ้นไป แม้จะยังไม่มีการศึกษาแบบ prospective ยืนยันว่า การลดน้ำหนักจะช่วยลดโรคหลอดเลือดหัวใจลงได้ก็ตาม แต่ก็ถือว่าเป็นวิธีการที่น่าจะปฏิบัติเนื่องจากการลดน้ำหนักแม่เพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 5 ถึง 10) สามารถก่อประโยชน์ได้ไม่ว่าจะเป็นด้านการควบคุมเบาหวาน ควบคุมความดันเลือดหรือควบคุมระดับไขมันก็ตาม (Willett, Manson, Stampfer et al. 1995; 273: 461-466)

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

8. ความเครียดและบุคลิกภาพ จากการศึกษาพบว่าในภาวะเครียด อัตราการเต้นของหัวใจจะเร็วขึ้น และมีความดันโลหิตสูง (Schnall, and others, 1990: 1929) ในขณะที่เวทกัณฑ์ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองเพื่อเตรียมพร้อม ทำให้น้ำตาล ไขมันในเลือด และสารที่ช่วยการแข็งตัวของเลือดมีระดับเพิ่มขึ้น ถ้ามีความเครียดเกิดขึ้นเสมอๆจะทำให้เกิดไขมันในเลือดสูงอย่างถาวรเป็นผลทำให้มีสารไขมันมาเกาะตามผนังหลอดเลือดมากขึ้น และหลอดเลือดแข็งตัวได้ ปัจจัยพื้น

ฐานที่ทำให้เกิดความเครียดที่สำคัญ คือ บุคลิกภาพของแต่ละบุคคล และแบบแผนในการดำเนินชีวิต คนที่มีบุคลิกภาพที่ชอบแข่งขัน ใฝ่สูง อารมณ์รุนแรง ใจร้อน และเข้มงวดตลอดเวลา (บุคลิกภาพ type A) จะมีแนวโน้มทำให้เกิดโรคหัวใจมากกว่าคนเฉื่อยชา (จินทนา รณฤทธิ์วิชัย, 2536: 318) จากการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพ type A มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Gerrity, and others, 1990: 1354)

9. การใช้ฮอร์โมนทดแทนในหญิงวัยหมดประจำเดือน ผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ยังไม่สามารถอธิบายได้ชัดเจน แต่มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าเพศหญิงที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนมีเพียงครั้งหนึ่งที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ฮอร์โมน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะลดลง 30-50 เปอร์เซ็นต์ในเพศหญิงที่รับประทานฮอร์โมนเอสโตรเจน (Wenger, 1997: 1085) สำหรับการศึกษาในปัจจุบันพบว่าสตรีที่หมดประจำเดือนหรือได้รับการผ่าตัดรังไข่ออกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ endogeneous estrogens ในร่างกายมีบทบาทในการป้องกันหลอดเลือดแดง อาทิเช่น ป้องกัน LDL oxidation ลดการอักเสบที่ผิวหลอดเลือด และช่วยคงสภาพ hemostasis ให้สมดุลอยู่อย่างปกติ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการให้ฮอร์โมนทดแทน ยังช่วยให้ระดับ LDL ลดลง และเพิ่มระดับ HDL ขึ้นมาได้ มีการศึกษาแบบ case-control และ prospective cohort หลายการศึกษา สนับสนุนว่าการให้ estrogen replacement ในหญิงวัยหมดประจำเดือนอาจลดความเสี่ยงต่อการเกิด CAD ลงมาได้ประมาณร้อยละ 44 (Barrett & Bush, 1991; 265: 1861: 7) จากการศึกษาแบบ prospective cohort ที่ใหญ่ที่สุดคือ Nurses' Health Study แสดงว่าผู้ใช้ estrogen มีความเสี่ยงต่อการเกิด CAD เพียงครั้งหนึ่งของผู้ที่ไม่ใช้ estrogen (Stampfer, Golditz, Willett et al. 1991; 325:756-762) อย่างไรก็ตาม การศึกษาลักษณะนี้มีข้อจำกัดจากลักษณะของการเก็บข้อมูลแบบ observation โดยกลุ่มที่ใช้ estrogen อาจมีความแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ใช้ ในด้านของระดับการศึกษา การเข้าถึงระบบสุขภาพ และวิธีการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า มีการศึกษา 2 การศึกษาที่มีคุณสมบัติเป็น randomized, placebo-controlled ที่จะตอบคำถามว่า estrogen มีประโยชน์หรือไม่ในสตรีวัยหมดประจำเดือน การศึกษาแรกคือ The Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) พบว่าการใช้ conjugated estrogen ร่วมกับ medroxyprogesterone acetate ทุกวันเป็นเวลา 4 ปีเศษ ไม่ได้ลดการเกิด CAD ในสตรีที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนาอยู่แล้วแต่อย่างใด (Hulley, Grody, Bush et al, 1998; 280: 605-613) และแม้จะติดตามต่อไปถึงเกือบ 7 ปี ก็ไม่พบว่าการใช้ฮอร์โมนทดแทนนี้ช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิด CAD ลงได้ (Crody, Herrington, Bittner et al, 2002; 288: 49-57) จึงสรุปได้ว่าการใช้ฮอร์โมนทดแทนไม่มีผลใดๆ ในการป้องกัน CAD ในแบบการป้องกันทุติยภูมิ สำหรับการป้องกันปฐมภูมิ ในสตรีที่ยังไม่เคยเป็น CAD มีการศึกษาชื่อ Women's Health Initiative ซึ่งศึกษาประโยชน์ของ estrogen ร่วมกับ progestin ในสตรีวัยหมด

ประจำเดือนที่มีสุขภาพดี เป็นเวลา 5 ปีเศษ ปรากฏว่ากลุ่มสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนดังกล่าว เกิด CAD ขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาเทียมถึงร้อยละ 29 (Women's Health Initiative Investigator, 2002; 288: 321-333) ดังนั้นในปัจจุบันการใช้ฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยหมดประจำเดือนจึงไม่มีประโยชน์ใดๆ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ कोरोนารีไม่ว่าจะเป็นในด้านการป้องกันปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ (อภิชาติ สุคนธสรรพ์ และ ศรีนัย ควระประเสริฐ, 2546:23-24)

1.5 ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนี้

1.ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น premature ventricular contraction, ventricular tachycardia, ventricular fibrillation, supraventricular tachycardia, heart block และอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นช้ากว่ากำหนด

2.ช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic shock) ถ้าพื้นที่ของกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 40 จะเกิดภาวะนี้ได้ (Beare & Myers, 1994)

3.หัวใจห้องล่างแตก (Cardiac rupture) มักพบในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกที่ไม่มีประวัติเจ็บหน้าอก และตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Q wave ขนาดใหญ่ ผู้ป่วยมักเสียชีวิตจากภาวะ cardiac tamponade

4.หัวใจล้มเหลวและปอดบวมน้ำ (Heart failure and pulmonary edema) ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายขนาดใหญ่ ทำให้เกิดภาวะนี้ได้

5.ผนังของหัวใจห้องล่างโป่งพอง (Ventricular aneurysm) พบมากในผู้ป่วย anterior wall MI ทำให้เสียชีวิตอย่างทันทีทันใด

6.ลิ้นหัวใจไมตรีลรั่ว (Mitral regurgitation)

7.กลุ่มอาการหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Post myocardial infarction syndrom or Dressler syndrome)

ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีอันตรายที่สุด โดยอาจทำให้เสียชีวิตได้ง่ายถ้าได้รับการรักษาไม่ทัน ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) เกิดขึ้นจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างกะทันหัน อันเป็นผลจาก plaque rupture ร่วมกับ spasm platelet aggregation และ trombus formation และการอุดตันนี้เกิดอยู่นานเกิน 6 ชั่วโมง ทำให้การตายของกล้ามเนื้อสมบูรณ์ทั้งหมดจาก endocardium ถึง epicardium (transmural infarction) ร้อยละ 90 ของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะพบการอุดตันทั้งหมด (total occlusion) ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้น ส่วนอีกร้อยละ 10 เป็นหลอดเลือดแดงปกติ เข้าใจว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากการที่หลอดเลือดหดตัวอย่างรุนแรง (severe spasm) อยู่เป็นเวลานาน อาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงมาก มีเหงื่อออก อาจคลื่นไส้

อาจเขียน รู้สึกจะเป็นลม อาการเป็นนานมากกว่า 30 นาที อมยาได้ลิ้นก็ไม่หาย หรืออาจมีอาการของโรคแทรกซ้อน เช่น อาการของหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย อาการแสดงมีหน้าซีด มือเท้าเย็น ความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลงในระยะแรก อาจตรวจพบ S3 และ S4 gallop อาจมี crepitation ที่ปอดถ้ามีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย (เกิดภูมิ มีนาภินันท์, 2531; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538, อ้างในผจงจิต, 2542: 36)

1.6 การวินิจฉัย

ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจภาวะหัวใจขาดเลือดทำได้โดยใช้การตรวจต่างๆ ดังนี้

1. การซักประวัติ เป็นสิ่งสำคัญช่วยให้ทราบอาการ ลักษณะของความเจ็บปวด บริเวณที่เจ็บปวด โดยเฉพาะลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลาเจ็บ อาการร่วมขณะเจ็บปวด สิ่งที่มากระตุ้นทำให้เจ็บปวด รวมถึงทำให้ทราบประวัติการรักษา การผ่าตัด การตรวจพิเศษ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย ทำให้ทราบอาการผิดปกติโดยเฉพาะอาการแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น ภาวะ cardiogenic shock หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ความดันสูงขึ้นหรือลดลง เป็นต้น

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะการตรวจเอนซายม์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อการวินิจฉัยหรือระยะของโรค การตรวจเอนซายม์ที่นิยมมากที่สุด คือ การตรวจ creatinine kinase (CK), CK-MB isoenzymes และการตรวจ Troponin-I ซึ่งเป็นโปรตีนที่ถูกปล่อยออกจากกล้ามเนื้อหัวใจที่ถูกทำลาย ซึ่งค่านี้จะมีความแม่นยำกว่าวิธีอื่นๆ แม้แต่ CK-MB

4. การตรวจพิเศษ

4.1 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีประโยชน์อย่างยิ่งในการประเมินผลการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4.2 การตรวจ Cardiac stress testing เป็นการทำเพื่อต้องการทราบว่าหัวใจตอบสนองต่อการออกกำลังกายอย่างไร โดยเพิ่มการทำงานของหัวใจภายใต้สิ่งที่ควบคุม เช่น อาจใช้การออกกำลังกาย เรียก exercise stress testing หรือใช้ยากระตุ้น เรียกว่า pharmacologic stress testing การทดสอบ Stress echocardiography

4.3 การตรวจ Echocardiography เป็นการตรวจความผิดปกติของหัวใจ สามารถมองเห็นภาพลักษณะการทำงานของหัวใจ การบีบตัวของหัวใจ การไหลเวียนของเลือดได้ดี ใช้ประเมินโครงสร้างภายในหัวใจ เช่น การปิดเปิดของลิ้นหัวใจ สามารถวัดการบีบตัวของหัวใจ (ejection fraction, EF) และ Cardiac out put ได้ดี ในปัจจุบันได้มีการตรวจใหม่ๆ เข้ามาใช้ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ บอกได้ทั้งตำแหน่ง และขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากมีความจำเพาะ

และความไวสูงมากยิ่งขึ้น เช่น การตรวจแบบ Transesophageal echocardiography (TEE), Intracoronary echocardiography เป็นต้น

5.การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) อาจพบว่าปกติหรือขนาดหัวใจโตกว่าปกติ (Cardomegaly) หรืออาจพบว่ามีน้ำท่วมปอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้

6.การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเข้าช่องหัวใจ(Cardiac catheterization or Coronary arteriography or Left ventricular angiography) ปัจจุบันการสวนหัวใจมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ เดิมการสวนหัวใจทำการวินิจฉัยโรค ต่อมา มีการรักษาร่วมด้วยเมื่อทราบการวินิจฉัยในขณะทำ เช่นการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนทางผิวหนัง การใส่สเต็นท์ในหลอดเลือดหัวใจ การตัดไขมันที่อุดตันในหลอดเลือดหัวใจ การตัดชิ้นเนื้อหัวใจ

1.7แนวทาง การรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหัวใจขาดเลือด มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การระงับอาการเจ็บหน้าอก การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขสามารถแบ่งวิธีการรักษาได้เป็น2วิธี (Lueckenotte,1996) ดังนี้คือ

การรักษาโดยการักษา (Medical Therapy)

การรักษาด้วยวิธีนี้มีจุดประสงค์ในการรักษา คือ ลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงโคโรนารีและออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ มักใช้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเจ็บหน้าแบบคงที่ (stable angina pectoris) แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1.ยากลุ่ม Nitrates เป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย และมีหลายรูปแบบ ฤทธิ์ของยากลุ่มนี้ทำให้หลอดเลือดดำทั่วร่างกายขยายตัวและลดแรงดันของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ทำให้เลือดดำไหลเข้าหัวใจลดลง ช่วยลดแรงดันในหัวใจห้องล่างซ้าย (preload) เป็นการลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demade) แต่อาจทำให้ความดันโลหิตลดลงจากการที่ยานี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจด้วย ยานี้มีใช้กันหลายรูปแบบ ได้แก่

1.1 แบบ sublingual ใช้มใต้ลิ้นขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก ยาจะสามารถดูดซึมผ่าน buccal mucosa และออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วภายใน 5 นาที ทำให้อาการเจ็บหน้าอกทุเลาลงได้ภายในเวลา 2-3 นาทีเท่านั้น อาจใช้ติดต่อกันได้ 1-3 เม็ด แต่ยาจะเสื่อมคุณภาพเร็วเมื่อถูกแสง ควรเก็บไว้ในขวดสีชา และยาที่ไม่หมดอายุเมื่ออมแล้วจะมีรสเผ็ดซ่า ยาที่ใช้ในรูปแบบนี้ ได้แก่ nitroglycerin (glyceryl trinitrates) isosorbide dinitrate

1.2 แบบ spray ใช้พ่นเข้าไปในปากขณะมีอาการเจ็บหน้าอก มีข้อบ่งใช้ในการใช้เช่นเดียวกับ sublingual form

1.3 แบบ intravenous ที่นิยมใช้กันมาก ได้แก่ 1 sublingual nitroglycerin ให้ทางหลอดเลือดดำโดยหยดช้า มักใช้ในรายที่อาการเจ็บหน้าอกรุนแรง ใช้ยาอมได้ลิ้นแล้วไม่หาย นอกจากนี้ควรหยดยาเข้าทางหลอดเลือดดำโดยหวังผลในการลด preload และ afterload ในผู้ป่วย acute pulmonary edema และในผู้ป่วยที่เป็น chronic CHF

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

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

อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ ได้แก่ ปวดศีรษะ ร้อนวูบวาบ หน้าแดง วิงเวียน อ่อนเพลีย ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (postural hypotension) ซีพจรเต้นเร็วผิดปกติ ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน เหงื่อไหลมาก กลัว กระสับกระส่าย ในผู้สูงอายุควรระวังการเป็นลมหรือหกล้มจากความดันต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ควรให้ผู้สูงอายุนอนพักหลังจากได้รับยาเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาดังกล่าว

2. ยาปิดกั้น Beta (Beta blocker) เป็นยาที่ได้รับการยอมรับว่าใช้ได้ผลดีในการรักษาอาการเจ็บหน้าอก นอกจากนี้ยากลุ่มนี้ยังมีฤทธิ์ในการรักษาความดันโลหิตสูง รวมทั้งรักษาภาวะเต้นผิดปกติของหัวใจด้วยออกฤทธิ์โดยการยับยั้งสาร catecholamine ที่บริเวณ beta-adrenoreceptor มีผลทำให้การเต้นของหัวใจช้าลง ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และเพิ่ม diastolic filling time ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น และยังลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความดันโลหิตขณะออกกำลัง ซีพจรเพิ่มขึ้นไม่มาก ส่งผลให้การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2544) ยาในกลุ่มนี้สามารถใช้ร่วมกับยากลุ่มในเตรทได้โดยไม่มีปฏิกิริยาต่อกันยากลุ่มนี้ได้แก่ metoprolol, atenolol, propanolol, acebutolol, nadolol, pindolol, timolol, bucindolol, bisoprolol, labetalol, carvedilol (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2546)

อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญ คือ ทำให้เกิด severe bradycardia, sinus arrest, atrioventricular block และลดการทำงานของ Left ventricle นอกจากนี้อาการข้างเคียงอื่นๆที่อาจพบได้ เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย (อาจเป็นผลจากการลดลงของ cardiac output) ซึมเศร้า ฝันร้าย คลื่นไส้อาเจียน สมรรถภาพทางเพศลดลง (สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2544) ยา propanolol อาจทำ

ให้ความดันโลหิตต่ำลง และมีผลให้สมรรถภาพทางเพศลดลงได้ (Burnside, 1988: 458; Beare & Mayers, 1994: 861) อาจทำให้การตอบสนองต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจกระตุ้นให้เกิดภาวะ หลอดเลือดตีบได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วย asthma หรือ COPD ถึงแม้ว่าจะใช้ยาที่เป็น beta-selective

3. ยาด้าน Calcium (Calcium channel blockers) ออกฤทธิ์ยับยั้งการเคลื่อนผ่านของ แคลเซียมไปยังเยื่อหุ้มภายในกล้ามเนื้อหัวใจ ช่วยลดการบีบตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจลดลงจากการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ความต้องการออกซิเจนของ กล้ามเนื้อหัวใจลดลง เพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดไปยังหัวใจ ใช้ได้ผลดีในการลดอาการเจ็บ หน้าอก (Opie, 1980 อ้างถึงใน พรรณี เสถียร โสภ และ ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 440) ยากลุ่มนี้ เช่น verapamil (isoptin calan) diltiazem (cardizem) nifedipine (procardia)

อาการข้างเคียงของยากลุ่มนี้ ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หน้ามืดเป็นลม ใจเต้น บวมตามอวัยวะส่วนปลาย ซีฟจรช้าลง ท้องผูกหรือ ท้องเสีย โปแตสเซียมในเลือดต่ำ เมื่อใช้ในผู้สูงอายุควรต้องระวังเรื่องขนาดของยา จับซีฟจรก่อน การรับประทานยา ควรให้ผู้ปวยนอนพักหลังจากได้ยา แนะนำให้เปลี่ยนท่าช้าๆ อาจท้องผูกแนะนำ ให้ดื่มน้ำมากๆ และรับประทานอาหารที่มีเส้นใย ผัก และผลไม้ (Beare & Mayers, 1994: 864)

4. ยาด้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet Aggregation) ออกฤทธิ์ยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกร็ด เลือด ยากลุ่มนี้จึงทำให้ลดภาวะการที่เลือดแข็งตัวและอุดตันหลอดเลือดแดงบริเวณนั้นๆ ซึ่งเป็น สาเหตุสำคัญของกลุ่มอาการต่างๆ ซึ่งบางครั้งรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น กลุ่มอาการกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) กลุ่มอาการสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Ischemic stroke) หรือกลุ่มอาการหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันอย่างเฉียบพลัน (Acute arterial Insufficiency) เป็นต้น ซึ่งยาด้านเกร็ดเลือดเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคต่างๆ ใน กลุ่มนี้ ยาด้านเกร็ดเลือดในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

4.1 ยาที่ยับยั้งเอนไซม์ cyclooxygenase ได้แก่ aspirin

4.2 ยาที่ยับยั้งเอนไซม์ phosphodiesterase ได้แก่ dipyridamole

4.3 ยาที่เป็นอนุพันธ์ของ thienopyridine ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้งตัวรับของ ADP บนผิว ของเกร็ดเลือด ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ticlopidine (ticlid), clopidogrel (plavix)

4.4 ยาที่ยับยั้ง glycoprotein IIb/IIIa recepte ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ abeiximab, eptifibatide และ tirofiban

อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้คือ ภาวะเลือดออกได้ง่ายกว่าปกติ (Bleeding) เม็ด เลือดแดงแตก บางกลุ่มอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง วิงเวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำได้

5. ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation) ออกฤทธิ์โดยทำหน้าที่เป็นตัวเร่ง ปฏิกริยาของ antithrombin III ซึ่งจะ inactive coagulation proteins ที่สำคัญในขบวนการแข็งตัว ของเลือด คือ thrombin และ factor Xa ซึ่งจะทำให้เลือดแข็งตัวช้า ซึ่งจะมีประโยชน์ในการรักษา

และป้องกันภาวะ venous thromboembolism ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ heparin, warfarin และในปัจจุบันมีการค้นพบและผลิต Low-molecular weight heparin (LMWH) ซึ่งออกฤทธิ์ต่อต้านการยับยั้ง factor Xa มากกว่า thrombin ทำให้มีผลแทรกซ้อนคือ bleeding diathesis น้อยกว่า ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ daiteparin, fraxiparin, oxaparin, enoxaparin

6. การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Therapy) ออกฤทธิ์โดยการเปลี่ยนเอนไซม์พลาสมิโนเจนให้เป็นเอนไซม์ พลาสมิน ซึ่งทำหน้าที่ในการละลายลิ่มเลือดในร่างกายให้เป็น fibrin degradation product (FDP) (Granger, 1994: 52) ใช้รักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction, AMI) เพื่อเปิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีใหม่ เนื่องจากได้ผลเป็นที่น่าพอใจและมีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้รวดเร็วขึ้น (reperfusion therapy) ยาละลายลิ่มเลือดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย โดยกระบวนการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายสัมพันธ์กับระยะเวลา ดังนั้นประสิทธิภาพของยาจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ให้ยาหลักสำคัญคือ ยิ่งให้ยาเร็วเท่าไร อัตราการตายยิ่งลดลงเท่านั้น (Daily, 1991: 552; Dracup & Moser, 1995: 379) ได้มีรายงาน pooled data ผู้ป่วย 50,000 ราย จาก 22 การศึกษา และแบ่งระยะเวลาจากมีอาการจนได้ยา fibrinolysis ให้ดีขึ้น (ภายใน 1, 2, 3 ถึง < 6 และ 6 ถึง < 12 ชั่วโมง) ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน คือ ถ้าให้ยา fibrinolysis เร็วขึ้นเท่าไร โอกาสที่จะ save ผู้ป่วยก็จะมากขึ้นเท่านั้น ส่วนการให้ยาหลัง 12 ชั่วโมง จะได้ประโยชน์น้อยมาก GISSI-3 ให้ fibrinolysis ที่ 6-12 ชั่วโมงหลังมีอาการ พบว่าสามารถลด mortality ได้เช่นกัน แต่ลดได้น้อยกว่า earlier reperfusion (< 6 ชั่วโมงหลังมีอาการ) และเป็น independent predictor ของ long-term survival (Boersma, Maas, Deckers and Simoons, 1996; 348: 774-775) ยาละลายลิ่มเลือดแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ Streptokinase (SK) และ Urokinase กลุ่มที่ 2 ได้แก่ Tissue plasminogen activator (t-PA), Anisoylated plasminogen streptokinase activator complex (APSAC or Anistreplase), Single-chain urokinase plasminogen activator (scu PA or Prourokinase) และกลุ่มที่ 3 ได้แก่ Synergistic combinations (t-PA and scu PA), Hybrids, Chemerics, Fibrin-antibody conjugated scu PA, t-PA (Vitello-Ciccia and Momissey, 1993: 552) ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในประเทศไทยขณะนี้มีอยู่ 3 ชนิด คือ Streptokinase, rt-PA และ Urokinase ได้มีการศึกษาการใช้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยคนไทยพบว่าปลอดภัยและได้ผลดีโดยทั่วไปนิยมเลือกใช้ยา Streptokinase เป็นตัวแรก เนื่องจากราคาถูกกว่าและได้ผลดีเท่ากันในการลดอัตราเสียชีวิต ยกเว้นในผู้ป่วยอายุน้อย กล้ามเนื้อหัวใจส่วน anterior wall ตาย และได้รับการรักษาเร็วภายใน 4 ชั่วโมง ยา rt-PA จะได้ผลดีกว่ายา Streptokinase (ศุชัย ถนอมทรัพย์, 2542: 82)

7. ยากลุ่มที่ควรพิจารณาเกี่ยวกับ CAD

7.1 ยากลุ่ม ACEI ลดอัตราการตายในผู้ป่วย post MI หรือผู้ป่วยที่มี CHF ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ captopril, enalapril, ramipril, lisinopril

7.2 ยาลดไขมันในเส้นเลือด (Antilipids) มีประโยชน์ชัดเจนในการเป็น secondary prevention ออกฤทธิ์ในการลดระดับไขมันโคเลสเตอรอล และ/หรือ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ได้แก่ ยาลดไขมันในกลุ่ม statin และยาในกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่เช่น resins, niacin, fibrates ตัวอย่าง cholestyramine, colestipol, probucol, gemfibrozil

การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Nonmedical Therapy)

ในปัจจุบันมีด้วยกันหลายวิธี จุดมุ่งหมายโดยส่วนใหญ่ คือ ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำกัดขนาดกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย ลดอัตราป่วยและตาย และป้องกันการเกิดอุดตันของหลอดเลือดซ้ำอีก มีวิธีการต่างๆ ดังนี้

1. การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งขนาดเล็ก (Percutaneous Transluminal Coronary Angiography: PTCA)
2. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG)
3. การขยายหลอดเลือดโดยการเอาคราบไขมันออก (Coronary atherectomy)
4. การขยายหลอดเลือดโดยการใส่โครงค้ำยัน (Coronary Stents)
5. การขยายหลอดเลือดโดยการยิงแสงเลเซอร์ (Coronary laser angioplasty)

สำหรับการปรับปรุงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ หรือการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life-style modification) มีความจำเป็นอย่างมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการงดสูบบุหรี่ การควบคุมความดันโลหิตสูง เบาหวาน และน้ำหนักตัว การปรับเปลี่ยนสภาพความเป็นอยู่ให้เหมาะสม ลดภาวะเครียด

2. แนวคิดเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.1 ความสำคัญของเพศสัมพันธ์

เพศสัมพันธ์มิได้เป็นเพียงปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตนอกเหนือจาก อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย ที่อยู่อาศัย การพักผ่อน และการออกกำลังกายแล้ว ความต้องการทางเพศก็ยังคงเป็นความต้องการเพื่อความอยู่รอดอย่างหนึ่งของมนุษย์ และมีใช้เป็นความต้องการเพื่อความอยู่รอดของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่เพื่อเป็นการอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ (species) ด้วย (Maslow, 1954 cited in Santora, 1989: 405) ไม่เพียงเท่านั้น เพศสัมพันธ์ยังเป็นสัญชาตญาณที่รุนแรงและเป็นปัญหาที่ใหญ่ที่สุดรองจากความหิว (สุชาติ โสมประยูร และ วรณี โสมประยูร, 2521: 4)

เพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ตอบสนองความพึงพอใจทางร่างกาย นำไปสู่การดำรงเผ่าพันธุ์ เป็นหนทางที่ทำให้บุคคลค้นพบตัวเอง สะท้อนพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัว รวมถึงเป็นหนทางในการสื่อสารกับผู้อื่นและควบคุมผู้อื่น (Bloch, 1993 อ้างถึงใน คามินี ตะวันฉาย, 2537: 23)

เพศสัมพันธ์เป็นความสุขของบุคคล เป็นความสำเร็จของชีวิตครอบครัว และสามารถในการช่วยเหลือสังคมของบุคคล ขึ้นอยู่กับความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการปรับตัว

ทางเพศ ซึ่งคล้ายคลึงกับซิกมันด์ ฟรอยด์ นักจิตวิเคราะห์ชาวออสเตรีย ซึ่งได้กล่าวว่า เรื่องเพศเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมต่างๆของบุคคล (Kirkendall, 1965: 1)

เพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ ทำให้เกิดความสุขและความสำเร็จในชีวิต บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวทางเพศและแสดงบทบาททางเพศอย่างเหมาะสม (ธนิศา เขียรธำรังสุข, 2543)

จึงสรุปได้ว่า เพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อชีวิต ถือได้ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ เป็นสิ่งที่ตอบสนองความพึงพอใจทางร่างกายและพฤติกรรมของบุคคลในแต่ละวัย นำไปสู่การดำรงเผ่าพันธุ์ สร้างสังคมครอบครัว เป็นหนทางในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในสังคม เพศสัมพันธ์จะก่อให้เกิดความสุขและความสำเร็จในชีวิตได้นั้น บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวทางเพศและแสดงบทบาททางเพศอย่างเหมาะสม

2.2 ความหมายของเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาพบว่ามีความหมายของเพศสัมพันธ์ไว้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้ ความคิด ความรู้สึก ความต้องการทางเพศและประสบการณ์ทางเพศที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล (Santora, 1989: 407) ดังนี้

Scalzi and Dracup (1978: 840) กล่าวว่า เป็นธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต การแสดงออกทางเพศสัมพันธ์ในมนุษย์ คือ การสัมผัส โอบกอด ร่วมเพศ ระหว่างชายหญิงที่อยู่ร่วมกัน ซึ่งเป็นการแสดงถึงความรู้สึกที่มีคุณค่า ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียด ความเก็บกดของร่างกายและจิตใจ

Hogan (1980:10) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์เป็นการทำงานของร่างกายมีการเตรียมพร้อมของระบบประสาทอัตโนมัติและหน้าที่ของกล้ามเนื้อลาย เพศสัมพันธ์เป็นแรงผลักดันทางกายภาพที่สำคัญของมนุษย์ และเพื่อการดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษยชาติไว้

Lion (1982: 8) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์เป็นทุกสิ่งของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย เป็นสิ่งกำหนดบุคลิกภาพของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของอัตมโนทัศน์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเพศสัมพันธ์ที่ดีจะช่วยให้บุคคลมีอัตมโนทัศน์ที่ดีและมีสัมพันธภาพในสังคมดีขึ้น

McCann (1989: 1133) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์ไม่เพียงแต่หมายถึงการร่วมเพศเท่านั้น แต่ยังหมายถึงการสัมผัส โอบกอด ภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์นั้น จะโยงใยถึงอารมณ์ของความรัก ความอบอุ่นและความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน

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

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

ศิริอร สินธุ (2526) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์เป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของชีวิตทั้งในหญิงและชาย เป็นความรู้สึกที่มีอยู่ในส่วนลึกของหัวใจ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความหมายของสัมพันธ์ภาพ และมีได้หมายถึงการกระทำทางกายเพียงอย่างเดียว เพศสัมพันธ์อาจทำให้เกิดความพึงพอใจหรือความเจ็บปวด ความสุขหรือความผิดหวัง เพศสัมพันธ์มิได้หมายถึงห้องนอน หรือส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย แต่เป็นความสัมพันธ์ของคน 2 คน ที่มีความเชื่อ ความพอใจซึ่งกันและกัน และไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศ (Penile-Vaginal Intercourse) หรือการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual Activity) ในรูปแบบอื่นๆ มิใช่เพื่อการสืบพันธุ์อย่างเดียว แต่เพื่อความสุข ความพอใจด้วย ดังนั้นการสำเร็จความใคร่หรือการร่วมเพศก็ถือเป็นเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องเช่นกัน

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2523) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์ หมายถึงลักษณะพื้นฐานของมนุษย์ที่แสดงถึงการรับรู้ที่สัมพันธ์กับความรู้สึก (feeling like) การแสดงออก (acting like) หรือการได้รับการยอมรับว่าเป็นหญิงหรือชาย ดังนั้นอวัยวะที่แสดงถึงความเป็นหญิงหรือชาย จึงมีความสำคัญต่อเพศสัมพันธ์มาก ประกอบกับเหตุผลที่ว่า เรื่องเพศสัมพันธ์หรือภาพพจน์ต่อเพศสัมพันธ์ (sexual image) เป็นเรื่องที่มีมนุษย์ได้สะสมความคิดและความเข้าใจมาแต่เด็กคำบรรพ์ ในส่วนของลักษณะร่างกาย ศีลธรรม ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ของแต่ละบุคคล และการตีความของประสบการณ์ทั้งหมดของบุคคล

ธนิดา เขียรธารงสุข (2543) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์เป็นแรงผลักดันทางกายภาพที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งทำให้ชายหญิงมีการสัมผัส โอบกอด และร่วมเพศระหว่างกัน อันทำให้ผ่อนคลายความตึงเครียดทางด้านร่างกาย จิตใจ และช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีสัมพันธ์ภาพทางสังคม และมีอัคมโนทัศน์ที่ดี ซึ่งทำให้เพศสัมพันธ์เป็นส่วนหนึ่งของภาวะสุขภาพ

การให้ความหมายของเพศสัมพันธ์ที่กล่าวมา สรุปได้ว่า เพศสัมพันธ์ คือ การกระตุ้นและการกระทำทางเพศ ซึ่งเป็นแรงผลักดันทางกายภาพที่สำคัญของมนุษย์ให้มีพฤติกรรมทางเพศ เช่น มีการสัมผัส โอบกอด ร่วมเพศ ซึ่งเกิดจากความพึงพอใจในอารมณ์เพศ เป็นโอกาสในการแสดงความรัก ความผูกพัน ความใคร่ ความมีคุณค่าหรือการยอมรับในการทำหน้าที่ทางกายของบุคคล ทำให้มนุษย์มีการดำรงเผ่าพันธุ์ ทำให้บุคคลมีความสุข ความพึงพอใจ รู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ครอบครัว และสัมพันธ์ภาพทางสังคม มีความสุขทางอารมณ์ ผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2.3 สรีรวิทยาของการตอบสนองทางเพศ

เมื่อมีความต้องการทางเพศหรือถูกกระตุ้นทางเพศจะเกิดขบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย 2 ประการ คือ

1. เกิดการคั่งของโลหิตดำทั่วร่างกาย (Vasocongestion) โดยเฉพาะที่บริเวณอวัยวะเพศภายนอกและอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน เป็นผลให้เกิดการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย ส่วนอวัยวะเพศหญิงจะเกิดการโป่งพองของคลิตอริส แคมใหญ่และแคมเล็ก

2 เกิดการบีบรัดตัวเป็นจังหวะของกล้ามเนื้อ (Mytonia) ที่อวัยวะเพศและกล้ามเนื้อใกล้เคียง

ขบวนการทั้งสองนี้ถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ

กระบวนการตอบสนองทางเพศ

การตอบสนองทางเพศเป็นการแสดงออกในการสนองต่อการกระตุ้นทางเพศทั้งโดยทางร่างกายหรือจิตใจ Masters and Johnson (1966: 182-188) แบ่งการตอบสนองทางเพศออกเป็น 4 ระยะ โดยในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเพศชาย ดังนี้

1. ระยะตื่นตัวทางเพศ (excitement phase) เป็นระยะเริ่มที่เกิดความรู้สึกทางเพศเกิดขึ้นได้จากการถูกเร้าด้วยวาจาหรือการกระทำ เช่น การถูปลด การจูบ (ศิริอร สินธุ, 2526:15) ร่างกายโดยทั่วไปจะเกิดความเครียด เห็นได้จากการคั่งของโลหิตดำ และการตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น มีการหายใจหนักถี่ ชีพจรเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตเพิ่ม (อนุก อารีพรพรค และ สุวทนา อารีพรพรค, 2525: 130) ในผู้ชายเมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศ จะโดยการคิดฝันหรือการสัมผัสก็ตาม องคชาตจะขยายใหญ่และตึงแข็งขึ้นขึ้น เนื่องจากการคั่งของโลหิตดำภายในองคชาต ผิวหนังที่หุ้มลูกอัณฑะจะหนาขึ้น และลูกอัณฑะจะเคลื่อนสูงกว่าระดับปกติ เพราะมีการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ยึดมันอยู่ ในผู้ชายบางคนจะมีการแข็งตัวของหัวนมร่วมด้วย การแข็งตัวขององคชาตอาจเริ่มแข็งตัวที่ละน้อยๆจนกระทั่งแข็งตัวเต็มที่ ระยะเวลาในการแข็งตัวขององคชาตอยู่ระหว่าง 3-5 นาที ภายหลังจากได้รับการกระตุ้นทางเพศ ส่วนระยะเวลาในการแข็งตัวขององคชาตในผู้ที่อายุมากขึ้นจะใช้เวลานานกว่า (ธนิตา เขียรธำรงสุข, 2543: 11) ระยะนี้กินเวลาดั้งแต่หลายนาทีจนถึงชั่วโมง ระยะเวลาและระดับความรุนแรงในการแข็งตัวขึ้นอยู่กับเทคนิคในการกระตุ้น ในระยะนี้การแข็งตัวขององคชาตอาจลดลงถ้าได้รับการกระตุ้นไม่ต่อเนื่อง และสามารถกลับมาแข็งตัวใหม่ได้อีกเมื่อได้รับการกระตุ้นอีกครั้ง นอกจากการกระตุ้นทางกายแล้ว ทางด้านจิตใจก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตอบสนองในระยะตื่นตัวทางเพศนี้ ถึงแม้จะมีการกระตุ้นทางเพศอย่างต่อเนื่อง แต่องคชาตอาจไม่แข็งตัวเต็มที่ก็ได้ เนื่องจากปัจจัยด้านจิตใจหรือด้านสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า เสียงที่ดังเกินไป การเปลี่ยนแปลงของแสงสว่าง อุณหภูมิ เป็นต้น (ผจงจิต อัสวีกุล, 2542: 16)

ในช่วงนี้การเพิ่มอัตราการหายใจอาจจะอยู่นานหรือไม่นานก็ได้ เป็นระยะที่เริ่มเพิ่มความตึงเครียด และเพิ่มการทำงานของหัวใจ ควรมีการเตรียมพร้อมก่อน ถ้าหัวใจไม่ได้รับการเตรียมพร้อมก็อาจจะวายหรือหยุดได้ แต่ถ้าผ่านขั้นนี้ไปได้หัวใจจะชดเชยการทำงานให้แก่ตนเองได้ (ศิริอร สินธุ, 2526: 15)

การกระตุ้นทางเพศ

การกระตุ้นทางเพศเป็นขั้นตอนแรกของกิจกรรมทางเพศ ในผู้ที่มีสุขภาพดีจะสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศได้ เช่น การกอด การจูบ การเล้าโลม การดูภาพหรือฟังเรื่องราวเกี่ยวกับเพศ เป็นต้น การตอบสนองทางเพศในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามเทคนิคที่ใช้ในการกระตุ้นและประสบการณ์เดิม ในผู้สูงอายุมักต้องการการกระตุ้นโดยการสัมผัสโดยตรงที่อวัยวะเพศ เนื่องจากเวลาที่ใช้ในการตอบสนองจะนานกว่าในวัยหนุ่มสาว Katchadourian;Lunde and Trotter (1979: 42-44) แบ่งการกระตุ้นทางเพศไว้ดังนี้

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

2.การกระตุ้นโดยประสาทสัมผัสอื่น ได้แก่ ภาพ เสียง กลิ่นและรส สามารถกระตุ้นอารมณ์เพศได้เช่นเดียวกับการสัมผัส การตอบสนองต่อการกระตุ้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และระยะเวลา ไม่เหมือนกับการกระตุ้นโดยการสัมผัสบริเวณอวัยวะเพศ ซึ่งทุกคนมรการตอบสนองได้เช่นเดียวกัน ภายหลังจากการสัมผัส การมองเป็นการกระตุ้นอารมณ์เพศที่สำคัญ ได้แก่ การมองที่อวัยวะเพศตรงข้าม ซึ่งแตกต่างกันระหว่างหญิงและชาย น้ำเสียงที่นุ่มนวล กลิ่นหอมของน้ำหอม หรือกลิ่นกายธรรมชาติ สามารถกระตุ้นอารมณ์เพศได้เช่นกัน การตอบสนองต่อสิ่งต่างๆเหล่านี้ต้องอาศัยการเรียนรู้ ซึ่งในแต่ละคนจะมีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นไม่เหมือนกัน (อเนก อารีพรรค และ สุวิทนา อารีพรรค, 2525: 171-172)

3.การกระตุ้นทางอารมณ์ มนุษย์แตกต่างจากสัตว์ที่มีการพัฒนาของระบบประสาทและสมอง สามารถตอบสนองทางเพศได้จากการจินตนาการทางอารมณ์ การสร้างจินตนาการทางอารมณ์ การสร้างจินตนาการทางเพศเป็นการกระตุ้นอารมณ์เพศที่พบได้บ่อย การกระตุ้นทางกายทั้งหลายล้วนต้องทำในสภาวะอารมณ์ที่เหมาะสม จึงจะเกิดการตอบสนองตามที่ต้องการ ความวิตกกังวล และความกลัวเป็นอุปสรรคในการเกิดอารมณ์เพศได้

การกระตุ้นอารมณ์เพศสามารถทำได้หลายวิธี โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้งห้าและอยู่ในภาวะอารมณ์ที่เหมาะสม ปราศจากความกลัวหรือความวิตกกังวล แต่ในผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา ทำให้การตอบสนองต่อการกระตุ้นช้า อาจต้องใช้เวลาในการกระตุ้นนานขึ้น และต้องการการสัมผัสโดยตรงที่อวัยวะเพศในการทำกิจกรรมทางเพศ อย่างไรก็ตาม ในผู้สูงอายุไม่ได้จำกัดพฤติกรรมทางเพศเพียงการร่วมเพศเท่านั้น การโอบกอด การจูบ การจับมือ หรือการลูบคลำ ก็เป็นพฤติกรรมทางเพศที่ทำให้พึงพอใจได้โดยไม่มีกรร่วมเพศ (พจนจิต อศวิกุล, 2542:16-17)

2. ระยะเวลาสูงสุด (Plateau phase) หรือระยะกำหนดสูง หรือระยะก่อนจุดสุดยอด เป็นระยะที่ความรู้สึกเร้ากายเร้าใจทางเพศเพิ่มสูงขึ้น ช่วงเวลาของระยะนี้จะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางเพศและพลังทางเพศของแต่ละบุคคล ปกติจะใช้เวลาประมาณ 30 วินาที ถึง 3 นาที บางคนอาจผ่านไปสู่ระยะสุดยอดอย่างรวดเร็ว แต่บางคนอาจใช้เวลานานถึง 30 นาที หรืออาจใช้เวลามากกว่านั้น ถ้าได้รับการกระตุ้นไม่สม่ำเสมอ (ธนิศา เขียวธำรงสุข, 2543: 11) การเปลี่ยนแปลงของเพศชายในระยะนี้จะมีการคั่งของเลือดเพิ่มขึ้น องคชาติมีการแข็งตัวเต็มที่ มีเลือดคั่งในลูกอัณฑะ ทำให้ลูกอัณฑะใหญ่ขึ้นประมาณครึ่งหนึ่งของขนาดปกติ มีการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ถุงอัณฑะ และกล้ามเนื้อที่ยึดลูกอัณฑะ ทำให้ถุงอัณฑะถูกยกสูงขึ้น อาจมีน้ำเมือก 2-3 หยดจากต่อมคาวเปอร์ (Cowper's glands) ไหลออกมา และอาจมีตัวอสุจิปนอยู่ด้วย (อเนก อารีพรค และ สุวัทธนา อารีพรค, 2525: 131-132)

ในระยะนี้มีการตื่นตัวทางเพศอยู่ในระดับสูงจนใกล้ถึงจะสุดยอด การคั่งของโลหิตค้างจะถึงขีดสุด กล้ามเนื้อจะเกร็งมาก มีการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า หน้าท้อง และหน้าอก การหายใจจะแรงและถี่มาก ชีพจรจะเต้นเร็วถึงประมาณ 100-180 ครั้ง/นาที ความดัน Systolic เพิ่มขึ้นกว่าปกติ 20-80 mmHg ส่วนความดัน Diastolic เพิ่มขึ้นกว่าปกติ 20-40 mmHg (Thompson, 1980:1465)

3. ระยะสุดยอดทางเพศ (Orgasmic phase) หรือระยะจุดสุดยอด เป็นระยะที่มีความสุขที่สุด อัตราการหายใจจะแรงและเร็วขึ้นถึง 40 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มถึง 100-180 ครั้ง/นาที ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้นกว่าปกติ 40-100 mmHg ส่วนความดันไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้นกว่าปกติ 20-50 mmHg ในเพศชายจะมีความรู้สึกอย่างหลังน้ำอสุจิ เพราะน้ำจากต่อมต่างๆ ของระบบสืบพันธุ์ชาย เช่น จากต่อมลูกหมาก และจากท่อส่งอสุจิจะไหลไปอยู่ที่ท่อปัสสาวะส่วนต้น ทำให้รู้สึกจะกลั้นไม่ได้ อาจส่งเสียงร้องออกมาได้ การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อของท่อปัสสาวะในระยะนี้จะเกิดขึ้นห่างกันครั้งละประมาณ 0.8 วินาที ประมาณ 3-7 ครั้ง ร่วมกับการปิดของหูรูดกระเพาะปัสสาวะ ทำให้น้ำอสุจิพุ่งออกมา ความรุนแรงของการพุ่งนี้ขึ้นอยู่กับอายุ ถ้าอายุน้อยจะพุ่งได้ไกลถึง 12.25 เซนติเมตร ถ้าอายุมากน้ำอสุจิอาจแค่ไหลซึมออกมา ระยะนี้กินเวลาประมาณ 3-15 วินาทีเท่านั้น ขณะที่รู้สึกสุดยอดทางเพศนี้ความรู้สึกจะน้อยลง รู้สึกง่วง ร่างกายจะอ่อนคลาย

ความเครียด รู้สึกสับสนทางเพศ อันเกิดจากการกล้ำเนื้อตึงตัวมีการหลั่งของสารเอนคอร์ฟินและการมีเลือดคั่งในระยะที่ 1 และ 2 ถ้าสภาวะหัวใจมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะกรดแลคติกสูง มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้หายใจหอบถี่ (hyperventilation) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ภาวะเช่นนี้มีขึ้นเนื่องจากปริมาณการออกกำลังกายเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับความตื่นเต้นทางอารมณ์ด้วย (Vachou, 1975 อ้างถึงใน ศิริอร สิ้นธุ, 2526:17) ในผู้ป่วยโรคหัวใจจะมีการหยุดเต้นของหัวใจเกิดขึ้นมากที่สุดในระยะนี้(ผจงจิต อัสวกุล, 2542:17) อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์การถึงจุดสุดยอดด้านเพศสัมพันธ์จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (ธนิดา เขียวธำรงสุข, 2543:12)

4. ระยะผ่อนคลาย (Resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการตอบสนองทางเพศ การคั่งของเลือดดำที่องคชาตลดลง ทำให้องคชาตอ่อนตัวและขนาดเล็กลงเท่าปกติ อณูหยาอ่อนตัวลงในตำแหน่งปกติ กล้ามเนื้อส่วนต่างๆคลายตัว อาจมีเหงื่อออก อัตราการเต้นของชีพจรและอัตราการหายใจกลับสู่ภาวะปกติ ความดันโลหิตลดลง ในวัยหนุ่มถ้าได้รับการกระตุ้นทางเพศอีก องคชาตจะแข็งตัวและสามารถมีเพศสัมพันธ์ต่อไปได้โดยมีระยะเวลาไม่นาน ระยะนี้เรียกว่า ระยะพักฟื้น (Refractory period) กินเวลาตั้งแต่ 10 นาที จนถึงเป็นวันๆ ระยะเวลานี้จะยาวขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น จากการศึกษาของ Hellerstein and Friedman (1970: 996) พบว่าระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์โดยเฉลี่ย ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนถึงขณะอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดในระยะจุดสุดยอดเท่ากับ 16.3 นาที (ช่วงตั้งแต่ 10-30 นาที)

กรณีเพศสัมพันธ์โดยการร่วมเพศระหว่างเพศชายและเพศหญิง จะมีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต และอัตราการหายใจ ซึ่งสามารถสรุประยะเวลาในการมีเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด จำแนกตามระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์ 4 ระยะ ดังตารางที่ 1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 สรุปกระบวนการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์และกระบวนการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของร่างกาย (ธนิตา,2543)

ระยะของการมีเพศสัมพันธ์	เวลาในแต่ละระยะ	การเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานของร่างกาย	การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด
1.ระยะตื่นตัวทางเพศ (Excitement phase)	เพศชาย 3-5 นาที เพศหญิง 10-30 นาที (ขึ้นกับการกระตุ้นทางเพศ)	มีการคั่งของหลอดเลือดในอวัยวะเพศและอวัยวะส่วนต่างๆ -เพศชาย องคชาติมีการแข็งตัว -เพศหญิง มีน้ำหล่อเลี้ยงอวัยวะเพศ คลิตอริสพองตัว	-อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น -ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น
2.ระยะกำหนดสูงสุด (Plateau phase)	30 วินาที-3 นาที	-เพศชาย องคชาติแข็งตัวเต็มที่ -เพศหญิง มีการบวมของเนื้อเยื่อรอบอวัยวะเพศ ช่องคลอดแคบลง	-อัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 180 ครั้ง/นาที -ค่าความดันโลหิตช่วงบนเพิ่มขึ้นประมาณ 20-80 มม.ปรอท -หายใจเร็วขึ้น
3.ระยะสุดยอด (Orgasmic phase)	10-20 วินาที	เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อ เกิดความรู้สึกเป็นสุขผ่อนคลาย -เพศชาย หลังอสุจิ -เพศหญิง ช่องคลอดหดตัว อาจมีการถึงจุดสุดยอดได้หลายครั้ง โดยที่ไม่ต้องมีระยะพักฟื้น	-อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นประมาณ 140 ครั้ง/นาที -ค่าความดันโลหิตช่วงบนเพิ่มขึ้นประมาณ 40-100 มม.ปรอท -ค่าความดันโลหิตช่วงล่างเพิ่มขึ้น 20-50 มม.ปรอท -อัตราการหายใจมากกว่า 40 ครั้ง/นาที
4.ระยะกลับสู่ปกติ (Resolution phase)	10-15 นาที	-ร่างกายกลับคืนสู่ปกติ	-อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิตกลับสู่ปกติ

Hellerstein and Friedman (1970) ได้ศึกษาประวัติของการเกิดโรค การตรวจร่างกาย การประเมินสภาพจิตใจ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในขณะที่และหลังร่วมเพศพบว่า ในระยะ 2 นาที ก่อนถึงจุดสุดยอด อัตราเฉลี่ยการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 90-140 ครั้ง/นาที และมีอัตราเฉลี่ย 85-102.2 ครั้ง/นาที ในระยะ 2 นาทีหลังจากถึงจุดสุดยอด โดยที่การทำงานตามปกติ (เดินขึ้นบันได ทำงานเขียนหนังสือ) อัตราเฉลี่ยการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 101-130 ครั้ง/นาที และได้ศึกษาพบว่า Oxygen intake ในระหว่างร่วมเพศจะต่ำกว่าการก้าวขึ้นบันได 2 ชั้น โดยบันไดแต่ละขั้นสูง 9 นิ้ว ลึก 10 นิ้ว กว้าง 20-24 นิ้ว นับจำนวนเทียวก้าวขึ้นลงบันไดในเวลา 3 นาที ซึ่งขึ้นกับอายุ เพศ และน้ำหนักของผู้ออกกำลังกาย โดยนำมาเปรียบเทียบกับตารางมาตรฐาน (Master-two-step- test) ประมาณ 1 1/2 เท่า Oxygen intake ในระหว่างร่วมเพศเท่ากับในระหว่างที่ขึ้นบันไดหรือเดินเร็วๆ ซึ่ง Hellerstein and Friedman สรุปว่า การตอบสนองของผู้ป่วยโรคหัวใจในระหว่างร่วมเพศไม่แตกต่างกับในระหว่างที่ทำงานเกี่ยวกับกิจกรรมและงานอาชีพตามปกติ โดยเปรียบเทียบกันทั้งในด้าน ความบ่อยครั้ง และความรุนแรง

การมีเพศสัมพันธ์มีผลต่อระบบหัวใจตามชนิดของการออกกำลังกาย มีการทำงานของประสาทซิมพาติกเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจะเพิ่มมากขึ้น ซีพจรและความกันโลหิตเพิ่มขึ้น ในการประเมินพลังงานในการมีเพศสัมพันธ์ใช้วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การเทียบกับการออกกำลังกายตามปกติของผู้ป่วย ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วกลุ่มสมรสจะมีเพศสัมพันธ์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลา 10-16 นาที ช่วงที่หัวใจทำงานหนัก 4-6 นาที ซึ่งเทียบได้กับการขึ้นลงบันได 2 เทียวกว และในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่ต้องจำกัดกิจกรรมและไม่มีอาการ (Class I) จะใช้พลังงานได้ 7-9 METS (METS หมายถึงพลังงานที่ใช้ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในเวลา 1 นาที) ซึ่งงานที่ทำเท่ากับการยกของหนัก 80 ปอนด์ พวกที่มีกิจกรรมได้บ้าง ไม่มีอาการในกิจวัตรประจำวัน (Class II) ใช้พลังงานได้ 5-6 METS งานที่ทำได้โดยใช้พลังงานระดับนี้คืองานที่เกี่ยวกับการสอน การใช้แรงงานในอุตสาหกรรมทั่วไป พวกที่มีอาการแม้ทำงานเพียงเล็กน้อยแต่ไม่มีอาการขณะพัก (Class III) ใช้พลังงานได้ 3-4 METS งานที่ทำได้เช่น เช็ดพื้น การตากผ้า การพิมพ์ดีด ผู้ที่มีอาการขณะพัก (Class IV) ใช้พลังงานได้ 1-2 METS ได้แก่ การทำงานนั่งโต๊ะ การขับรถยนต์ และการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส พบว่า ต้องใช้พลังงาน 5-6 METS พลังงานที่ใช้มีระยะต้นเต็น ระยะกำหนดสูง และระยะผ่อนคลายประมาณ 3.7 METS (Michael M.D., 1980: 435-436 & Collier M.C. et al., 1979: 124)

โดยทั่วไปภายหลังจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 3-6 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่ต้องผ่านการทดสอบความทนทานจากร่างกายด้วยการขึ้นบันได 20 ขั้น ภายในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ หรือให้ผู้ป่วยทำการทดสอบการออกกำลังกายด้วยคาร์ดิโนบนลู่วิ่งสายพาน ถ้าไม่มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ เพราะการขึ้นบันได 20 ขั้นภายในเวลา 10 นาที การวิ่งลู่วิ่งสายพาน และการมีเพศสัมพันธ์จะใช้พลังงานใกล้เคียงกัน กล่าวคือ การวิ่งลู่วิ่งสายพาน จะใช้พลังงานเท่ากับ 5-6 METS

ส่วนการมีเพศสัมพันธ์จะใช้พลังงาน 3.7 METS และขณะถึงจุดสุดยอดจะใช้พลังงานเท่ากับ 5 METS (Seidl et al., 1991: 258) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Larson, Naughton, Kennedy and Mansfield (1980) ซึ่งพบว่า การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้พลังงานน้อยกว่าการขึ้นบันได 20 ขั้นภายในเวลา 10 นาที ซึ่งเปรียบเทียบจาการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตขณะมีเพศสัมพันธ์

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถกลับมามีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ทั้งนี้เพราะพลังงานที่ใช้ขณะมีเพศสัมพันธ์ใกล้เคียงหรือน้อยกว่าการทำกิจกรรมในกิจวัตรปกติโดยทั่วไป ซึ่งโดยทั่วไปภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 3-6 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยสูงสุดและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยนั้น ควรปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์กับแพทย์ผู้รักษา เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายหรือการทดสอบสมรรถภาพของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เพราะการใช้พลังงานของผู้ป่วยแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน

2.4 สาเหตุการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยของค์ประกอบและเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ สรุปเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งสามารถจำแนกสาเหตุดังกล่าวออกมาเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. สาเหตุที่เกิดจากภาวะสุขภาพหรือตัวผู้ป่วยเอง
2. สาเหตุที่เกิดจากคู่ครอง
3. สาเหตุที่เกิดจากความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และระบบบริการสุขภาพ

1. สาเหตุที่เกิดจากภาวะสุขภาพหรือตัวผู้ป่วยเอง

สาเหตุที่ทำให้เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ได้แก่ ความรุนแรงของโรค อายุ ความวิตกกังวลและความกลัว การรักษาที่ได้รับ การออกกำลังกาย และโรคที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 ความรุนแรงของโรค

จากการที่ สมาคมโรคหัวใจแห่ง New York (New York Heart Association) ได้กำหนดระดับการทำงานของหัวใจเพื่อจำแนกสมรรถภาพของหัวใจไว้แล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระดับ 1 และ 2 จะเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนผู้ป่วยระดับที่ 3 และ 4 มักมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมด้วย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่มักพบได้บ่อยคือ ภาวะหัวใจล้มเหลว Jaarsma, Dracup, Walden and Steverson (1996) ได้สรุปว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความต้องการทางเพศลดลง และความสามารถในการดำรงบทบาททางเพศเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความรุนแรงของโรค จากการ

ศึกษาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 62 คน ซึ่งในจำนวนนี้ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 60 ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 73 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความสนใจทางเพศหายไปตั้งแต่เจ็บป่วย ร้อยละ 76 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 32 ของกลุ่มตัวอย่างหยุดการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 39 ของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางเพศได้ เนื่องจากมีความบกพร่องทางเพศ ร้อยละ 23 ของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาบกพร่องทางเพศระดับปานกลาง

ศิริอร สิ้นธุ (2526:76) พบว่า ความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sheehan (1974:150) ซึ่งพบว่า ผลการผ่าตัดผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถลดความเจ็บปวดและอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีเพศสัมพันธ์ดีกว่าก่อนผ่าตัด ในรายที่ไม่มีปัญหาทางด้านอารมณ์และ Hellerstein and Friedman (1970:291) พบว่า หลังจากได้รับการคุกคามจากโรค ผู้ป่วยจะกลับไปมีเพศสัมพันธ์ช้าหรือเร็วขึ้นกับอาการของโรค แสดงว่าผู้ป่วยที่มีอาการของโรคน้อยใกล้เคียงสภาวะปกติมากเท่าใด การดำเนินชีวิตจะใกล้เคียงปกติมากเท่านั้น ไม่ว่าจะป็นด้านใดก็ตาม หรือแม้แต่ในด้านเพศสัมพันธ์

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง อาการเจ็บหน้าอกเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชาย ในรายที่มีความรุนแรงของโรคนาน มีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยย่อมเกิดผลกระทบมากกว่า (ผจงจิต อัสวกุล, 2542:51)

ดังนั้นจะเห็นว่าความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโดยตรง ยิ่งถ้ามีอาการของโรคเกิดขึ้นบ่อยครั้ง โรคที่เป็นอยู่เรื้อรังก็จะยิ่งส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์

1.2 อายุ

Reed and Lang (1987: 206) พบว่า ความถี่ในการร่วมเพศหลังแต่งงานลดลงจากค่าเฉลี่ย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เมื่ออายุ 20 ปี (แต่งงานใหม่ๆ) เป็น 1 ครั้ง/สัปดาห์ เมื่ออายุ 40 ปี (แต่งงานมานาน) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความต้องการในการมีบุตรลดลง อาชีพสมาชิกในครอบครัวมีมาก และเศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kinsey and Others (1948: 343) พบว่า ความถี่ในการร่วมเพศลดลงทีละน้อยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น Starr and Weiner (1981 cited in Kinsey and others, 1948: 343) รายงานว่า เพศชายอายุระหว่าง 60-96 ปี ยังคงมีการร่วมเพศอยู่ 1.4 ครั้ง/สัปดาห์ Bretscheider and McCoy (1988: 116) พบว่า ร้อยละ 62 ของผู้สูงอายุเพศชาย และร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุเพศหญิง ยังมีการร่วมเพศสม่ำเสมออย่างน้อย 2-3 ครั้ง/เดือน และจากการศึกษาของเจมิกา ยามะรัต และคณะ (2542) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมากกว่าร้อยละ 50 ยังคงมีการร่วมเพศเดือนละ 1-2 ครั้ง

แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการทางเพศอยู่ ถึงแม้ความถี่ในการร่วมเพศจะลดลงกว่าวัยหนุ่มสาวก็ตาม (ผจงจิต อิศวกุล, 2542:22)

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

Rosen and Bibring (1966: 802-821) ศึกษาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายจำนวน 50 ราย อายุตั้งแต่ 35-67 ปี พบว่า ผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป จะเกิดภาวะบกพร่องทางเพศได้ง่าย ผู้ชายที่มีอายุ 50-60 ปี จะมีประสบการณ์ทางเพศที่ต่างจากสมัยเมื่ออายุน้อย การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในช่วงที่สูงอายุ จะมีผลให้เพศสัมพันธ์เสื่อมถอยเร็วขึ้น และผู้สูงอายุมักมีความเชื่อว่า เพศสัมพันธ์เป็นพฤติกรรมของผู้ที่มีอายุน้อย ผู้ที่สูงอายุมักกลัวสังคมจะกล่าวหาว่าเขาเป็นคนเสื่อมศีลธรรมหากมีความต้องการทางเพศอยู่ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุพยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ (Griffiths, 1988:345) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าค่านิยมของสังคมในเรื่องเพศสัมพันธ์ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาทางเพศได้เช่นกัน

ในสังคมไทยซึ่งคนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นปูชนียบุคคลที่ควรได้รับการเคารพนับถือ เป็นวัยที่ควรไปวัดทำกิจกรรมทางศาสนามากกว่าจะมีความสนใจในเรื่องเพศ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนหยุดมีเพศสัมพันธ์ไปตามความเชื่อของสังคม ทั้งๆที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ก็ตาม แต่ถูกจำกัดด้วยความเชื่อทั้งของผู้สูงอายุเองและคนอื่นในสังคม ถ้าผู้สูงอายุคนใดที่ยังมีความสนใจทางเพศอยู่มักถูกมองว่าเป็นพวก “เฒ่าหัวงู” หรือ “แก่ดัมหากลับ” ในขณะที่ถ้าเป็นวัยหนุ่มปฏิบัติพฤติกรรมเดียวกันจะถูกมองว่าเป็น “หนุ่มเจ้าสำราญ” (Kaye, 1993:416) จากความเชื่อและค่านิยมดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการยอมรับตามความเชื่อและค่านิยมที่ว่าเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมและไม่สมควรมีในวัยสูงอายุ เกิดการเก็บกดความต้องการทางเพศไว้ ทำให้เกิดความขัดแย้งและความคับข้องใจ อาจเป็นผลให้เกิดความบกพร่องทางเพศได้

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

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงอายุ มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาทางเพศได้ เนื่องจากสาเหตุทางสรีรวิทยา ความเจ็บป่วย และความเชื่อ ค่านิยมของสังคมในเรื่องเพศสัมพันธ์

1.3 ความวิตกกังวลและความกลัว

ความวิตกกังวลและความกลัวเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ความต้องการทางเพศลดลง และเกิดภาวะกามตายด้าน (Green, 1989: 246; Bloch et al., 1975: 537; Barke, 1990: 361; Wagner, 1976 cited in Scalzi & Dracup, 1978: 840) Hellerstein and Friedman (1970) ทำการวิจัยโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นชายวัยกลางคน จำนวน 48 คน เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ร้อยละ 58 ของกลุ่มตัวอย่าง มีกิจกรรมทางเพศลดลงเรื่อยๆ ภายหลังจากที่ทราบว่าเป็นโรคหัวใจ อย่างไรก็ตามการมีเพศสัมพันธ์ลดลงในวัยกลางคน หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังนี้เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าร้อยละ 90 เป็นผลมาจากจิตใจ (Rosalyn, 1976) Gullledge (1979) ได้กล่าวถึงการศึกษาของ Goteberge ซึ่งศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 1,000 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล ฉุนเฉียวง่าย อ่อนเพลียง่าย หลังจากมีอาการของโรคหัวใจมาแล้วประมาณ 3 เดือน Green (1975) มีความเห็นในเรื่องความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีความกลัวต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งๆที่ได้รับได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่า สภาพร่างกายพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้แล้ว ในบางรายปฏิกิริยาที่เกิดจากความกลัวนี้มากจนกลายเป็นความกลัวที่เป็นอาการทางจิต (Phobia) ซึ่งภาวะทางจิตนี้ Wishnie (1971) ได้ศึกษาและพบว่า หลังจากมีอาการของโรคหัวใจ 6 เดือน ถึง 1 ปี ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าร้อยละ 88 มีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 63 ไม่กลับไปทำงานอย่างเดิม เนื่องจากปัญหาทางด้านจิตใจร้อยละ 46 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ศึกษา จากการศึกษาของ Papadopoulos (1980) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความกดดันทั้งร่างกายและอารมณ์ อันอาจเป็นผลต่อเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้การลดบทบาทที่มีหน้าที่เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกระเทือนใจต่อการเปลี่ยนแปลงความต้องการทางเพศมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลทุกราย โดยเฉพาะเพศชาย Scalzi and Dracup (1978) มีความเห็นว่าองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาเพศสัมพันธ์ คือ ความวิตกกังวลและความกลัวว่าจะเสียชีวิตจากการคุกคามของโรค กลัวไม่มีสมรรถภาพทางร่างกาย ทำให้รู้สึกว่าคุณสูญเสียความนับถือตนเองไป ทั้งในด้านการทำงานและด้านอื่นๆ ความวิตกกังวลนี้จะทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง จากการศึกษาของ สิริอร สินธุ (2526:88) พบว่าระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวนมากได้กล่าวถึงความกลัวที่มีผลต่อเพศสัมพันธ์ คือ รู้สึกกลัวว่า ความตื่นเต็นและการที่ต้องใช้กำลังกายมาก ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก และตายอย่างกะทันหัน (Sudden death) วิตกกังวลว่าการตื่นตัวทางเพศและ

การถึงจุดสุดยอดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับซ้ำ (Kolony et al., 1979: 138) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อูมา จันทวิเศษ (2539:48-49) เรื่อง การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีเพศสัมพันธ์ลดลงหรือไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์เลย เนื่องจากกลัวว่าอาจทำให้เสียชีวิตกระทันหัน

นอกจากนี้ จากงานวิจัยเชิงคุณภาพของ ธนิตา เขียรธำรงสุข (2543) พบลักษณะความกลัวในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แตกต่างจากการวิจัยอื่นที่ผ่านมา คือ ความกลัวเป็นข่าวอื้อฉาวและไม่มีใครดูแลหากถึงแก่กรรม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลและความกลัวเป็นสาเหตุทางด้านจิตใจที่สำคัญซึ่งทำให้เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

1.4 การรักษาที่ได้รับ

การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา และการรักษาโดยการผ่าตัดแก้ไขการตีบของหลอดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้ทราบว่ามียาหลายชนิดที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ กล่าวคือ ทำให้เกิดปัญหาความบกพร่องทางเพศ และมีบางชนิดส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางเพศดีขึ้น

ยาที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ ยาในกลุ่มลดความดันโลหิต เช่น Thiazide , Spironolactone ทำให้เกิดภาวะกามตายด้าน อารมณ์ทางเพศลดลงและอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชาย ส่วนในหญิงจะทำให้สารหล่อลื่นช่องคลอดลดลง (Seidl et al., 1991: 260) ยา Clonidine จะทำให้เกิดภาวะกามตายด้าน และยา Reserpine จะทำให้ความต้องการทางเพศลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง ยาในกลุ่ม Beta blocker ยา Propanolol ถึงแม้ว่าจะได้รับขนาดยาต่ำสุด 40-60 มิลลิกรัม/วัน ก็สามารทำให้เกิดกามตายด้าน (Papadopoulos,1980:1343) ยาในกลุ่ม Methyl dopa เช่น Aldomet จะมีฤทธิ์ทำลาย Catecholamine ในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง นำไปสู่ภาวะกามตายด้านในที่สุด (Briggs,1994,p.839) ยาในกลุ่มลดคอเลสเตอรอล เช่น Clofibrate และ Probucal ทำให้ความต้องการทางเพศลดลงเป็นต้น (Papadopoulos, 1980 : 367)

การให้การรักษาด้วยยาซึ่งมีผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศ ความต้องการทางเพศ การถึงจุดสุดยอด การหลั่งน้ำอสุจิ ที่พบได้บ่อย คือ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคซึมเศร้าและยารักษาโรคทางจิตอื่นๆ (Ferrini and Ferrini, 1993: 356) ตัวอย่างยาที่กล่าวถึง ได้แก่ Clonidine Guanethidine Haloperidol Phenothiazines Reserpine Sedatives Thiazide Diuretics Tranquilizers and Tricyclic antidepressants (Eliopoulos,1993:117)

ยาที่ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางเพศดีขึ้นได้แก่ ยาในกลุ่มขยายหลอดเลือด เช่น Nitroglycerine จะช่วยป้องกันการเจ็บหน้าอกในขณะมีเพศสัมพันธ์ ส่วนยา Propanolol ถึงแม้จะทำให้เกิดภาวะกามตายด้าน แต่ก็ช่วยป้องกันการเจ็บหน้าอกในขณะมีเพศสัมพันธ์ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางเพศได้ จนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ (Burke, 1990: 367)

สำหรับการรักษาด้วยการผ่าตัดแก้ไขตีบตันของหลอดเลือด (Froelicher, Kee, Newton, Lindskog & Livingston, 1994: 423-435) ได้ทำการทดลองโดยใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายกับกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยยา เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขหลอดเลือดตีบ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขหลอดเลือดตีบมีเพศสัมพันธ์ลดลงเพียงร้อยละ 9.5 เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยยามีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ 28 สาเหตุที่ผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขการตีบตันของหลอดเลือด สามารถกลับไปมีเพศสัมพันธ์ได้เร็ว เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกลดลง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ดีขึ้น สมรรถภาพร่างกายมีความแข็งแรงและความกลัวต่างๆ ลดลง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Blacher (1975: 65) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งซึ่งทำผ่าตัดหัวใจแล้วมีแผลยาวกลางหน้าอก (Midline surgical scar) หลังจากอาการปกติและกลับบ้านแล้ว ผู้ป่วยพยายามใช้เหตุผลจากโรคและการผ่าตัดเสี่ยงเพื่อไม่ให้มีเพศสัมพันธ์กับสามี เพราะมีความรู้สึกลัวว่าสามีซึ่งมีเพศเดียวกับศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัด และเป็นเหตุทำให้รูปโฉมของเธอเสียไป ส่วนในผู้ชายรอยแผลอย่างเดียวกันมักเกิดผลทางด้านจิตใจจากภรรยาซึ่งมีการปกป้องเกินเหตุ (Over protection) เมื่อเห็นรอยแผลจะกระตุ้นความวิตกกังวลที่ซ่อนเร้นอยู่ พยายามยับยั้งการมีเพศสัมพันธ์ของสามีด้วยความกลัวว่า อาการของโรคจะกำเริบขึ้น

ในปัจจุบันทราบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70 ของอาการห่อ่นสมรรถภาพทางเพศ เกิดจากโรคทางกาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน เป็นต้น โรคเหล่านี้มักทำให้เลือดไหลเข้าสู่อวัยวะเพศลดลง จึงทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว เกิดอาการห่อ่นสมรรถภาพทางเพศ การรักษาโรคห่อ่นสมรรถภาพทางเพศต้องรักษาที่ต้นเหตุ รวมทั้งการรักษาทางจิตบำบัด วิธีการรักษาทำได้โดยการใช้ยา ใช้การผ่าตัด หรือใช้อุปกรณ์อื่นๆ ปัจจุบันการรักษาด้วยการใช้ยาได้รับความนิยมสูงสุด ซึ่งกลไกการออกฤทธิ์ของยาเพื่อให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือดสู่อวัยวะเพศเพิ่มขึ้น หรืออยู่ในอวัยวะเพศนานขึ้น ทำให้การแข็งตัวของอวัยวะเพศดีขึ้นและนานขึ้น การรักษาทางยาสามารถทำได้โดยฉีดยาเข้าองคชาต วิธีนี้ได้ผลดี แต่อัตราการเล็กรักษาสูง ยานำเลือดไหลสู่อวัยวะเพศมากขึ้นและแข็งตัวได้นาน อาการข้างเคียงคืออาการปวดองคชาต ยาสอดเข้าทางท่อปัสสาวะได้ผลดีนิยมใช้มากขึ้น ผลข้างเคียงอาจเกิดความดันต่ำหรือเป็นลมได้ ยารับประทานเป็นวิธีที่ผู้ป่วยต้องการ และยอมรับมากที่สุด ยาโสมิบิน ทราโซโดน แพนทอกซิฟิลิน ได้ผลไม่แน่นอนและมีอาการข้างเคียงมาก จึงยังไม่มีการใช้

แพร่หลาย ยาสมุนไพรและอาหารบำรุง ยังไม่ทราบประสิทธิภาพที่แน่นอน การเสริมฮอร์โมนเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่มีหลักฐานว่าฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนอยู่ในระดับต่ำ และการใช้ยาบ่นผิวหนัง ได้มีการทดลองพบว่า ประสิทธิภาพผลจำกัด (สุภชัย ฉนวนทรัพย์, 2542)

สำหรับในปัจจุบันยาที่นิยมรับประทาน คือ ยายับยั้งฟอสดีอี 5 ได้แก่ ยา Viagra เป็นยารับประทานที่ได้มีการศึกษามากที่สุด ได้ผลดี ยาจะยับยั้งฟอสดีอี 5 ทำให้ระดับไซคลิก จีเอ็มพีที อวัยวะเพศเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อเรียบขยายตัว เลือดไหลสู่อวัยวะเพศมากขึ้นเมื่อมีการเร้าอารมณ์ทางเพศ ยานี้จะไม่ได้ผลถ้าไม่มีการเร้าอารมณ์ทางเพศ จึงไม่ใช่ยากระตุ้นอารมณ์เพศ ผลข้างเคียงของยา จะมีอาการปวดศีรษะ หรือความดันต่ำเล็กน้อย แต่ในรายที่ได้รับยากลุ่ม Nitrates ซึ่งเป็นยารักษาโรคหัวใจชนิดหนึ่ง ยา Viagra จะยับยั้งฟอสดีอี 5 จะทำให้หลอดเลือดขยายตัวมากและความดันต่ำมาก จึงห้ามใช้ ยา Viagra กับผู้ป่วยที่รับประทานยา Nitrates ประจำ หรือในผู้ป่วยที่อาจต้องใช้ Nitrates ในการรักษาโรคหัวใจ (สุภชัย ฉนวนทรัพย์, 2542)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามียาหลายชนิดที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การรักษาโดยการใช้ยา แพทย์จะพิจารณาเลือกยาที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

1.5 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ เวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือหลังตื่นนอน ก่อนอาหาร 30 นาที หลังรับประทานอาหารไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งวันละ 15-45 นาทีหรือติดต่อกันไม่เกิน 30 นาที (ปริศนา วรรณัท, 540: 21) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด คือ การเดิน การรำมวยจีน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงอยู่กับที่และการเกร็งกล้ามเนื้อ ถ้ามีอาการเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกควรหยุดพักและอมยาขยายหลอดเลือดใต้ลิ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Michael (1980: 435-436) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจ ควรใช้การออกกำลังกายแบบ Isotonic Exercise เพราะเป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อ การเดินเป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อจะทนได้ดีกว่า รวมทั้งมีผลดีกว่าการเดินโดยถือสิ่งของด้วย ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ควรใช้การออกกำลังกายแบบ Isometric Exercise เพราะเป็นการออกกำลังกายที่ต้านแรงอยู่กับที่ ต้องใช้ออกซิเจนมากกว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจเกิดอาการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยได้ง่าย

จากการศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มตัวอย่าง เพศชายอายุ 46-54 ปี สถานภาพคู่ ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายประมาณ 12-14 สัปดาห์ โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมการออกกำลังกายกับกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ได้เข้าโปรแกรมการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้าโปรแกรมการออกกำลังกายมีสมรรถภาพทางหัวใจเพิ่มขึ้น และทำให้การเจ็บหน้าอกลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Puksta, 1977: 606)

Craig, Ewart, Taylor, Ruse and Debusk (1978: 1076-1080) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย โดยให้กลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายออกกำลังกายด้วยการเดินลู่วิ่งสายพาน (Treadmill exercise) ร่วมกับการให้คำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มผู้ป่วยมีจำนวนครั้งในการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น นอกจากนี้ Craig and others ยังพบเพิ่มเติมว่าระดับความเชื่อมั่นในตนเองจะลดลงอย่างมีความสัมพันธ์กับระดับการออกกำลังกายที่ลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ Kotler (1992: 423) ที่กล่าวว่า เทคนิคที่จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในด้านสุขภาพของผู้ป่วยควรให้ผู้ป่วยเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายที่อยู่ภายใต้การดูแลของทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศด้วย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้มากขึ้น

1.6 โรคที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหัวใจและโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นโรคที่พบบ่อยขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยพบโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศโดยสิ้นเชิงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจสูงถึงร้อยละ 39 กลุ่มประชากรทั่วไปพบเพียงร้อยละ 9.6 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันชนิดความหนาแน่นสูง (HDL) ระดับต่ำมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราที่เพิ่มขึ้นของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศ เพราะโรคเหล่านี้มักทำให้เลือดไหลสู่อวัยวะเพศลดลง และอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542)

จากการศึกษาของ สุมณา ชมพูทวีป (2541: 6) กล่าวว่า โรคเบาหวาน ทำให้เกิดความผิดปกติในผนังหลอดเลือด และร้อยละ 40-45 ของผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะเพศ ในผู้ป่วยเพศชายจะพบว่า อวัยวะเพศไม่แข็งตัว ส่วนในผู้ป่วยเพศหญิง พบว่าอาจไม่สามารถมีความสุขสุดยอดในขณะร่วมเพศ โรคความดันโลหิตสูง แม้ว่าจะไม่มีผลต่อการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายโดยตรง แต่ยาที่ใช้รักษาโรคนี้นหลายชนิดทำให้เกิดภาวะกามตายด้าน เนื่องจากยาทำให้รีเฟล็กซ์บริเวณระบบประสาทและหลอดเลือดเสียไป จึงทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะเพศลดลง ส่งผลให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว ภาวะไขมันในเลือดสูง จะทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้อวัยวะเพศชายไม่สามารถแข็งตัวได้ สำหรับโรคที่พบร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าโรคเบาหวานเกิดขึ้นร่วมกับกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้อารมณ์ความรู้สึกทางเพศลดลง และทำให้อวัยวะเพศชายไม่แข็งตัว อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 30-60 มักมีปัญหาร่องภาวะบกพร่องทางเพศ

โดยเนื่องจากความเสื่อมของระบบประสาทจากภาวะเบาหวาน (Diabetic neuropathy) เพราะอวัยวะเพศชายไม่แข็งตัวและประสิทธิภาพการทำงานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลงจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Corole, 1994: 196-197)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โรคที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความบกพร่องทางเพศ

2. สาเหตุที่เกิดจากคู่อรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

Masters and Johnson (1981: 388) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ คือ ภาวะสุขภาพของคู่สมรส ในรายที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งสุขภาพไม่ดี อาจทำให้เกิดปัญหาของความต้องการทางเพศที่ไม่ตรงกันและมีปัญหาในชีวิตแต่งงานได้ ถ้าเป็นผู้สูงอายุเพศชายที่สุขภาพไม่ดี อาจกลัวความล้มเหลวในการมีเพศสัมพันธ์และหุคมีเพศสัมพันธ์ หรือภรรยาอาจมีความกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสามี ทำให้หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาของ Pfeiffer and Davis (1972 cite in Kelly, 1988: 171) พบว่า ความถี่ในการร่วมเพศที่ลดลงในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส และคู่สมรสที่ยังมีชีวิตอยู่

ผลทางด้านจิตใจจากภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบภรรยาปกป้องสามีเกินเหตุ พยายามยับยั้งการมีเพศสัมพันธ์ของสามีด้วยความกลัวว่า อาการของโรคหัวใจจะกำเริบขึ้น การแสดงความห่วงใยเกินจำเป็นของภรรยาทำให้ความรู้สึกเป็นชายของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกที่เพศสัมพันธ์ทำให้สุขภาพของเขาทรุดโทรม จึงพยายามลดการมีเพศสัมพันธ์และการทำงานต่างๆแสดงพฤติกรรมเป็นคนที่หมดสมรรถภาพทางเพศ ไม่มีเพศสัมพันธ์กับภรรยาเลย (Blacher, 1975: 65) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seger and Schlesinger (1980: 841) จากการศึกษาพบว่าคู่สมรสมักปฏิเสธความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้ป่วยโดยสิ้นเชิง เพราะกลัวอันตรายที่จะตามมาและ Schwab (1971: 35) กล่าวว่า ผู้ป่วยและคู่สมรสที่มีความรู้ความเข้าใจผิด จะมีความกลัวรู้สึกที่เพศสัมพันธ์เป็นเรื่องไม่เหมาะสม อาจทำให้เสียชีวิตจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ เนื่องจากภาวะสุขภาพไม่ดี ความวิตกกังวลและอาการกลัวต่างๆจะเกิดขึ้นในคู่อรงของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการกลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก หรือภาวะแทรกซ้อนในขณะปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ รวมถึงการกลัวว่าผู้ป่วยจะตาบอดขณะมีเพศสัมพันธ์ซึ่งทำให้คู่อรงรู้สึกเป็นหน้าที่ที่จะต้องปกป้องผู้ป่วย และความกลัวเหล่านี้จะทำให้คู่อรงของผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Bloch, 1975: 536; Hellerstein, 1969:70) แต่เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะคู่อรงของผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกโกรธผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้วทำให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง โดยอาจแสดงความไม่พอใจต่อผู้ป่วยและนำไปสู่สัมพันธ์ภาพที่แตกร้างของทั้งคู่ (Burke, 1990 : 363)

จากการติดตามผลระยะยาวเกี่ยวกับ ปัจจัยต่างๆของคูครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต่อการฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า คูครองของผู้ป่วยที่มีความสุขกับกิจกรรมทางเพศ ซึ่งในที่นี้หมายถึงการกอดจูบ ลูบไล้ มากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามเดิมภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และในขณะที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระยะพักฟื้นและยังไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ วิธีการกอดจูบ ลูบไล้ สัมผัสใกล้ชิดจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจให้ทั้งสามีและภรรยา และคูครองของผู้ป่วยควรบอกถึงความรู้สึกทางเพศ ความปรารถนาทางเพศของตนให้ผู้ป่วยรับรู้ เพราะวิธีการดังกล่าวนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจในตนเองว่ายังเป็นที่ปรารถนาของคูครอง สร้างความมั่นใจและเตรียมพร้อมในการมีเพศสัมพันธ์ในระยะต่อไป (Beach, Maloney, Plocica, Sherry, Weaver, Luthringer & Utz 1982: 30-38)

นอกจากนี้ Papadopoulos, Larrimore, Cardin, and Shelley (1980: 40-41) พบว่า ถ้าคูครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้รับการอธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีกิจกรรมทางเพศลดลง ก็จะทำให้คูครองของผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการมีเพศสัมพันธ์ได้ ทั้งนี้เพราะการสร้าง ความเข้าใจจะนำไปสู่ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน คูครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายควรจะแสดงความรักโดยแสดงให้เห็นว่าเขายังมีความสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และนำไปสู่สัมพันธภาพทางเพศที่ดี

ฉะนั้นคูครองของผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญ ในการตอบสนองด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กล่าวคือ ถ้าคูครองของผู้ป่วยมีความเข้าใจเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก็จะนำไปสู่การเอื้ออาทรในการมีเพศสัมพันธ์ และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์ (ธนิดา เรือรบารงสุข, 2543: 25)

3. สาเหตุที่เกิดจากการขาดข้อมูลความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทีมสุขภาพ

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดข้อบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด การได้รับข่าวสารที่ผิดๆจากหนังสือพิมพ์ หนังสือบันเทิงเรีงรมย์ คนใกล้ชิด ข่าวลือ ซึ่งข้อมูลมักเป็นในรูปแบบที่ว่า การมีเพศสัมพันธ์ทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้ โดยเกิดหัวใจวายกระทันหัน ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเกิดความรู้สึกกลัวตาย และความกลัวนี้อาจมีเพิ่มมากขึ้นอีกจากคำพูดของกลุ่มสมรส หัวใจของผู้ป่วยอ่อนแอ การมีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดอันตรายและอาจเกิดการตายได้ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าอับอายมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่รู้ลึกกระตือรือร้นที่จะถามแพทย์ถึงความเหมาะสมที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ เพราะเขาคิดว่าแพทย์คงจะตอบคล้ายคลึงกับที่เขาเคยได้ยินมา หรือบอกให้เขารอไปอีกระยะหนึ่งก่อน (Carolyn & Thomas, 1971: 75) ซึ่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับดังกล่าวขาดบริบทในการอธิบาย และอาจก่อให้เกิดการเข้าใจที่คลาดเคลื่อน

หรือเข้าใจผิดในเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Kotler, 1992: 251; Quadango et al., 1995 cited in Albarran and Bridger, 1997: 2)

Klein and others (1965:85) กล่าวว่า แพทย์จะมีปฏิกิริยาต่อปัญหาทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 ประการ คือ สนทนาปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์โดยทั่วไปไม่ได้ให้ความกระจ่างเท่าที่ควรหรือพยายามหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงปัญหานี้ ปฏิกิริยาที่สองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเคลือบแคลงสงสัย ซึ่งปฏิกิริยาทั้งสองนี้ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยลดลงเนื่องจากไม่ทราบวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง Wishnie, Hackett and Cassen (1971: 1294-1295) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจมานาน 6 เดือน ถึง 1 ปี ก็พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพวกนี้มีเพศสัมพันธ์ลดลงจำนวนร้อยละ 75 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ทำการศึกษา พบว่าเกิดจากไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น ปัญหาความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไขนี้ก็จะกลับกลายเป็นสาเหตุทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งจะไปรบกวนสถานการณ์ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า บุคลากรที่มสุขภาพขาดการให้คำแนะนำด้านเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มิภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่มีเวลาเพียงพอที่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย มุ่งแต่การรักษาด้านร่างกายขาดความเข้าใจในเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย และไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์หรือไม่ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เพราะแพทย์มีความเชื่อว่าผู้ป่วยไม่ควรจะมีเพศสัมพันธ์ และเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่ควรกล่าวถึง (Goodman, 1989 cited in Briggs, 1994: 838) ที่สำคัญบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ถูกเตรียมตัวในการให้ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์ หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องเพศสัมพันธ์ จึงทำให้คำแนะนำเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ให้กับผู้ป่วยคลุมเครือขาดความชัดเจน (Eisenberg, 1980: 278-279) ประกอบกับ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันมักเป็นคำแนะนำที่ค่อนข้างล้าสมัย ขาดการปรับปรุงพัฒนา จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์ขาดความมั่นใจที่จะนำคำแนะนำไปใช้ (Sherwood, 1996:10)

ในส่วนของแพทย์หรือพยาบาลเองก็มักมองข้ามความสำคัญในเรื่องนี้ไป ทั้งที่เรื่องเพศเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ผู้ป่วยอาจหุยมิเพศสัมพันธ์ไปเลยเนื่องจากกลัวอันตรายหรือเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นจากการแสวงหาข้อมูลเองและได้รับข้อมูลที่ผิดๆทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ จากการศึกษาของ ปริศนา วรรณัท (2540) พบว่า สาเหตุของการหุยมิเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบคือ กลัวอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากขาดความรู้ที่แท้จริง และได้รับข้อมูลข่าวสารที่ตีพิมพ์ให้แนวคิด ว่า โรคหัวใจมีการเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถ้ามีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในด้านต่างๆ ยกเว้นด้านเพศสัมพันธ์ เนื่องจากคิดว่า ผู้สูงอายุคงไม่มีความต้องการทางเพศแล้ว และตามความเชื่อหรือค่านิยมในสังคมไทยที่ยังไม่เปิดเผยเรื่องเพศ ทำให้ผู้สูงอายุเองหรือแพทย์และพยาบาลอาจที่จะพูดคุยซักถามหรือให้คำแนะนำเรื่องเพศ ทั้งๆที่การมีเพศสัมพันธ์ก็ถือ

เป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งเช่นเดียวกับกิจกรรมอื่นๆในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุยังต้องการความสามารถไว้เช่นกัน (ผจงจิต อัสวกุล, 2542: 44)

ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวในข้างต้น สรุปได้ว่า การขาดข้อมูลความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมจากบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดปัญหาเพศสัมพันธ์มากที่สุด ในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามตามความคิดและข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากภายนอกด้วยความรู้สึกไม่มั่นคง และกลัวอันตรายที่เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์

3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3.1 ความหมายของการให้ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับกายวิภาคของระบบสืบพันธุ์ สรีรวิทยาทางเพศ ความรู้ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ การใช้ยาที่ผิดปกติทางเพศ การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมทางเพศ และการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโดยครอบคลุมในเรื่อง ความบ่อยครั้ง เวลาที่เหมาะสม การป้องกันอันตรายจากการร่วมเพศและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ซึ่งจัดทำออกมาเป็นคู่มือความรู้เรื่อง "เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ" โดยการศึกษาแนวคิดคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Burk (1990: 365-367) and Gondex (1999)

3.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง เพศสัมพันธ์ต่อความรู้ เจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด กระบวนการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ของ Master and Johnson (1979) ร่วมกับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้แนวความคิดจากการทบทวนวรรณกรรม ผวนกับแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ (เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541) กระบวนการสอนสุขศึกษา(พรณี บัญชรหัตถกิจ, 2540) และกระบวนการเรียนรู้ของ Mouley and Gange (อ้างใน อารี พันธุ์มณี, 2534) โดยดำเนินการสอนให้ความรู้แบบรายกลุ่ม และรายบุคคล ตามความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับความรู้ที่สอน จัดทำออกมาเป็นคู่มือความรู้เรื่อง "เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ" โดยการศึกษาแนวคิด คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Burk (1990: 365-367) and Gondex (1999)

3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

3.3.1 ความหมายของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

การให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การสอน กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเป็นพื้นฐานความรู้ให้กับผู้ป่วยมีแนวทาง ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการมีเพศสัมพันธ์ให้เหมาะสม ดังนั้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการสอนนั้นจะเป็นกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในเนื้อหาที่สอน เกิดการเชื่อมโยงประสบการณ์ที่มีอยู่กับสิ่งที่ต้องเรียนรู้ใหม่ และสามารถโยงสิ่งที่เรียนรู้ไปสู่ประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ (Rakel, 1992)

3.3.2 หลักการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การให้ความรู้ เรื่องเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องให้ข้อมูลอย่างถูกต้องเหมาะสมตรงกับความต้องการเรียนรู้ เพราะการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดหวังเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น (Auerbach and Martelli, 1983 อ้างใน ทศนีย์ ภู่อ่างค์, 2546) ประกอบกับความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องเป็นสิ่งที่อยู่ในความสนใจ และเป็นสิ่งที่เพิ่มเติมจากความรู้เดิม รวมทั้งความพร้อมของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการเรียนรู้ นอกจากนี้วิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วม

3.3.3 วิธีการสอน

ในการสอนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์นั้น สิ่งสำคัญอยู่ที่วิธีการสอนผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้สอนจะต้องเลือกวิธีการในการสอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ เนื้อหาสาระ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการสอนผู้ป่วยที่สำคัญมีดังนี้

1) การสอนแบบบรรยาย เป็นการพูด การเล่า หรือการบรรยายเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่ผู้ป่วยเป็นการให้เนื้อหา ในแบบที่ผู้สอนและผู้ป่วยมีการโต้ตอบ ผู้สอนมีจุดประสงค์ จะให้ผู้ผู้ป่วยได้รับฟัง รับรู้ เกิดความเข้าใจ โดยมีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และสามารถนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ (ผกา สัตยธรรม, 2524)

2) การสอนแบบอธิบาย เป็นลักษณะการสอนในแบบที่ผู้สอนบอกหรือแปลความหมาย จะใช้เมื่อต้องการให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจตอนใดตอนหนึ่งเสียก่อนจึงจะเข้าใจเรื่องทั้งหมด ภาษาที่จะใช้ในการบรรยาย ต้องเป็นเหตุเป็นผลกันและเข้าใจง่าย ซึ่งจะทำให้เข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น (บุญชม ศรีสะอาด, 2537)

3) การสอนแบบสาธิตและฝึกปฏิบัติ เป็นการแสดงโดยผู้สอนให้ได้เห็นสภาพการณ์ที่เป็นจริงได้ โดยแสดงกระบวนการหรือขั้นตอนของการปฏิบัติ ลักษณะการสอนในแบบที่ผู้สอนแสดงหรือการทำให้ดู ซึ่งวิธีการสอนสาธิตเป็นวิธีการสอนที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจในการเรียนรู้ได้รวดเร็ว และมีผลสัมฤทธิ์ได้ดีกว่าวิธีการสอนแบบอื่นๆ (จินตนา สราวุธพิทักษ์, 2539)

สำหรับการให้ความรู้ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการสอนเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม เทคนิคที่นำมาใช้ในการสอนเป็นการผสมผสานเทคนิคต่างๆ 2 ลักษณะเข้าด้วยกัน การสอนแบบบรรยายและการสอนแบบอธิบาย ซึ่งเป็นวิธีการสอนที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้เพราะการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการสอนที่มุ่งถ่ายทอดความรู้หรือหลักการสำคัญเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และเหมาะที่จะใช้ในส่วนของการสรุปเมื่อจบแต่เรื่องที่สอน

3.3.4 ลักษณะการแบ่งกลุ่มสอน

ในการสอนผู้ป่วยสามารถแบ่งลักษณะการสอนออกได้ 2 แบบ คือ การสอนแบบรายบุคคลและการสอนแบบรายกลุ่ม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) การสอนผู้ป่วยแบบรายบุคคล เป็นการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้คำแนะนำเฉพาะเรื่อง หรือเป็นการเรียนรู้ในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้เป็นรายบุคคลไป ซึ่งเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีความสนใจและความสามารถในการเรียนรู้ที่ต่างกันไปตามลักษณะพื้นฐานของบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น ผู้สอนและผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยเองได้อย่างชัดเจน ทำให้การให้ความรู้ได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด สามารถทำการประเมินการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ทันที เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้สอนกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกล้าพอที่จะปรึกษาปัญหาส่วนตัว ผู้สอนมีโอกาสทราบถึงปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริงและครอบคลุม ข้อเสีย คือ ผู้ป่วยไม่มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้อื่นนอกจากผู้สอนทำให้ได้รับทราบแนวทางการแก้ปัญหาที่ไม่หลากหลายเหมือนกับการสอนแบบกลุ่ม

2) การสอนผู้ป่วยแบบรายกลุ่ม เป็นการสอนหรือถ่ายทอดความรู้ให้กลุ่มเป้าหมาย ที่มีลักษณะเป็นกลุ่มจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป อาจแบ่งเป็นกลุ่มเล็กหรือกลุ่มใหญ่ก็ได้ โดยวิธีการสอนหลายวิธีที่นิยม เช่น การอภิปราย การบรรยาย การสาธิต เป็นต้น โดยการสอนวิธีนี้มีข้อดี คือ สามารถทำการสอนได้คราวละหลายๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยในกลุ่ม (สุคนธา ผดุงวัตร, 2537)

3.3.5 อุปกรณ์และสื่อการสอน

การใช้สื่อการสอน ซึ่งหมายถึง สื่อกลางที่จะนำความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน ทำให้การสอนนั้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เป็นอย่างดี สื่อการสอนยังเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่ต่อการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น อุปกรณ์และวิธีการหลายรูปแบบที่จะช่วยให้

ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม (สุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย, 2538) การเลือกใช้สื่อการสอนผู้ป่วยนั้นต้องคำนึงถึงว่า สื่อการสอนนั้นมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้หรือไม่ สามารถที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยมีข้อควรคำนึงถึง ดังนี้ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541)

1) การเลือกสื่อการสอน ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และประสบการณ์ในการเรียนรู้ของผู้ป่วยด้วย ซึ่งจะทำให้การเรียนรู้มีคุณค่า และได้ผลดียิ่งขึ้น (Allen, 1967 อ้างใน กิตานันท์ มลิทอง, 2536)

2) เนื้อหา ที่อยู่ใ้สื่อต้องมีความถูกต้อง ทันสมัย น่าสนใจ และมีการเรียงลำดับเนื้อหาที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้อย่างถูกต้องเป็นลำดับขั้นตอน และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3) การเลือกสื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยพิจารณาในเรื่องของจำนวนผู้ป่วย วัยของผู้ป่วยและสถานะเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมและทรัพยากร

สำหรับการจัดทำสื่อการสอน ให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้จัดทำเป็นหนังสือคู่มือความรู้เรื่อง "เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ" โดยยึดหลักการจัดทำสื่อประกอบประเภทหนังสือ โดยแนวเนื้อเรื่องส่งเสริมวัตถุประสงค์ของการสอนที่สามารถนำมาอ่านทบทวนทำความเข้าใจได้ง่าย

3.3.6 ระยะเวลาในการสอน

จากการศึกษาของ Guzzetta (1979) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของการเรียนรู้และความเครียดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 45 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีความเครียดลดลงต่ำสุดในวันที่ 7 หลังออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเหมาะแก่การให้ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรค และการปฏิบัติตัว ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพในโปรแกรมครั้งละ 30-45 นาที โดยการสอนเป็นรายบุคคล ซึ่งจากการรวบรวมวรรณกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย Duryee (1992) พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการให้ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า อยู่ในช่วงของ 15 นาที-1 ชั่วโมงแล้วแต่ความละเอียดของการสอน ซึ่งยังไม่แบบแผนที่ชัดเจนนัก แต่จะเน้นให้มีการสอนเป็นรายบุคคลซึ่งเป็นวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

3.3.7 ผลลัพธ์ของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถสรุปผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยได้ดังนี้

1) ผลลัพธ์ของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ ความรู้เป็นการรับรู้ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และรายละเอียดต่างๆที่บุคคลได้รับและเก็บรวบรวมไว้ ซึ่งสามารถวัดความรู้จากการซักถามและการใช้แบบทดสอบการสังเกตพฤติกรรมการแสดงออก (กฤษณา ศักดิ์ศรี, 2530; พรรณี เชนจิต, 2538) โดยงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสอนผู้ป่วยที่ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้า

ต่อระดับความรู้ และการปรับตัวของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม การให้ความรู้ เกี่ยวกับสิ่งเร้ามีระดับความรู้สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับ สิ่งเร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ดังนั้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ได้ อย่างดี สอดคล้องกับคำกล่าวของโอเร็ม (Hill, 1982) ให้ความเห็นไว้ว่า การสอนให้ความรู้เป็นวิธี การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยใช้บริการ ได้อย่างมีการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

2) ผลลัพธ์ของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัว การสอนให้ความรู้ด้าน สุขภาพส่วนใหญ่จะสอนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเคารพปฏิบัติตัวภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังเช่นจากการศึกษาของ สุนทรา เลียงเชวงศ์ ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนแบบแผนการดำเนินชีวิตหลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นแตกต่างกับก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้าน ทักษะในการปฏิบัติตัวได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับคำกล่าวของ King (1982) ที่ว่า ผลการสอนจะ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยทั้งด้านความรู้ ทักษะในการปฏิบัติและค่านิยม

3) ผลลัพธ์ของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า การ สอนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ของตนเองก่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีกับเจ้าหน้าที่และสามารถที่จะปฏิบัติตนได้ถูกต้อง อันจะส่ง ผลให้การฟื้นฟูร่างกายภายหลังเกิดโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลได้ (Black & Jacobs, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาของ Devine and Cook (1983) ที่สังเคราะห์งาน วิจัยที่ทำการศึกษาดังความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความรู้และการสนับสนุนทางด้านจิตใจกับระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 49 เรื่อง พบว่าผลของการให้ความรู้และ การสนับสนุนด้านจิตใจสามารถช่วยลดระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลได้ประมาณ 1.25 วัน

จะเห็นได้ว่า การให้ความรู้ด้านสุขภาพสามารถทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี ร่างกาย มีการฟื้นฟูสภาพกลับคืนสู่ภาวะปกติได้ดีโดยเร็วอย่างมีประสิทธิภาพ

4) ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อภาวะจิตใจ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องเข้ารับการรักษาแบบเฉียบพลันนั้น ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิด ความวิตกกังวล มีความหวาดกลัวในสิ่งที่ไม่เคยทราบมาก่อน และเกิดความไม่แน่ใจในตนเอง จะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจะต้อง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการให้ ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเผชิญในการรักษา และการตรวจวินิจฉัยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น (Beddow, 1997; Schmit & Wooldridge,

1997) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Lavie and Milani (1999 อ้างใน ทศนีย์ ภู่อ่างค์, 2546) ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนด้านจิตใจ ต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการสอนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ และอารมณ์ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะจิตใจที่ดี อย่างไรก็ตามการสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ของการให้ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเป็นการให้ได้มาซึ่งวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับการนำไปปฏิบัติ

3.4 แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้

พฤติกรรมศาสตร์จัดเป็นศาสตร์ทางด้านสังคมศาสตร์ ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมหรือการกระทำของคนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นในสังคม โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมต่างๆ เพื่อให้ทราบถึงลักษณะของพฤติกรรมปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นๆ ตลอดจนกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดให้บุคคลเลือกหรือตัดสินใจกระทำการดังพฤติกรรมที่ปรากฏ

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประการดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health behavior)
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) เป็นการปฏิบัติเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย
3. พฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick role behavior) เป็นการปฏิบัติเมื่อทราบผลวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น รับประทานยาตามแพทย์สั่ง เลิกสูบบุหรี่ ฯลฯ

พฤติกรรมส่วนใหญ่ของมนุษย์ เกิดจากการเรียนรู้มากกว่าการเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติหรือตามสัญชาตญาณ การเรียนรู้ (Learning) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร โดยผ่านการฝึกฝนหรือประสบการณ์

กระบวนการสุศึกษาต้องการให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่ง พรรณี บัญชรหัตถกิจ (2540) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านไว้ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้หรือพุทธิปัญญา (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญาด้านสุขภาพพฤติกรรมด้านความรู้นี้ประกอบด้วยความสามารถระดับต่างๆ ซึ่งเป็นขั้นๆ เริ่มต้นจากการเรียนรู้ระดับง่ายๆ และเพิ่มการใช้ความคิด และพัฒนาสติปัญญามากขึ้น ได้แก่ ขั้นความรู้-ความจำ ขั้นความเข้าใจ ขั้นการนำไปใช้ ขั้นการวิเคราะห์ ขั้นการสังเคราะห์ และขั้นการประเมินค่า ดังมีรายละเอียดดังนี้

ความรู้-ความจำ (Knowledge) จะเป็นการสอนที่ทำให้ผู้เรียนได้ระลึกถึงเรื่องราวต่างๆหรือสามารถจดจำสิ่งต่างๆด้านสุขภาพที่เคยพบเคยเห็น เคยได้ยิน หรือเคยมีประสบการณ์มาแล้ว

ขั้นความเข้าใจ (Comprehension) เป็นการสอนที่ทำให้ผู้เรียนสามารถจับใจความสำคัญ สามารถตีความหรือย่อใจความได้อย่างถูกต้อง

ขั้นการนำไปใช้ (Application) เป็นการสอนที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้หรือความเข้าใจที่ได้รับ ไปใช้ในการแก้ปัญหา หรือสถานการณ์ใหม่ๆได้ เช่น เรียนการปฐมพยาบาลเรื่องการช่วยผู้ป่วยที่สำลักอาหาร หรือสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ แล้วนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้เมื่อประสบในสถานการณ์จริง

ขั้นการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นการสอนที่ผู้เรียนสามารถแยกแยะเหตุการณ์หรือเรื่องราวเนื้อหาต่างๆออกเป็นส่วนประกอบย่อยๆได้ว่ามีอะไรบ้าง ส่วนใดสำคัญที่สุดหรือเป็นองค์ประกอบหลัก และแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงหรือสัมพันธ์กันอย่างไร ด้วยหลักการหรือทฤษฎีใด เช่น สามารถวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาสุขภาพของครอบครัวหรือของชุมชนได้ พร้อมทั้งวิเคราะห์หาสาเหตุแห่งปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหาว่าจะประกอบด้วยแนวทางหรือวิธีการอย่างไร เป็นต้น

ขั้นการสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนสามารถคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สิ่งใหม่จากการผสมผสานความรู้ส่วนต่างๆที่เรียนมา เพื่อให้ได้ความสมบูรณ์แปลกใหม่กว่าเดิม เช่น สามารถนำความรู้ด้านการดำเนินงานในชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพมาวางแผนโครงการดำเนินการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน เป็นต้น

ขั้นการประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถของผู้เรียนที่ถือได้ว่าเป็นขั้นสูงสุดของการพัฒนาสติปัญญา ผู้เรียนจะสามารถตัดสินใจเหตุการณ์ต่างๆได้ดีหรือไม่ดี ถูกหรือผิดเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม อย่างถูกต้องพร้อมด้วยเหตุผล

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ ค่านิยม ความรู้สึก หรือความชอบ (Affective domain) ในการสอนสุขศึกษานั้น การสร้างเจตคติต่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ มุ่งสร้างความศรัทธา คุณค่า หรือความรู้สึกที่ดีในเรื่องสุขภาพ หรือเพิ่มพูนมากกว่าเดิม เจตคติจะเปรียบเสมือนความพร้อมทางจิตใจที่ป้อนข้อมูลให้ร่างกายปฏิบัติ ซึ่งถ้าผู้เรียนคิดตาม เชื่อ หรือเกิดความรู้สึกชอบ-ไม่ชอบ ย่อมนำไปสู่การปฏิบัติตามการรับรู้ได้ อย่างไรก็ตามเจตคติก็ไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่จะมีลำดับขั้นจากง่ายไปยาก 5 ขั้น คือ ขั้นการรับรู้ ขั้นการตอบสนอง ขั้นการสำนึกในคุณค่า ขั้นการรวมตัวของคุณค่าและขั้นตรึงมั่นในคุณค่า

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) พฤติกรรมนี้เป็นกระบวนการทางร่างกายหรือการใช้กล้ามเนื้อ เป็นการแสดงออกที่สังเกตได้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายอันเป็นเป้าหมายของการสอนสุขศึกษา ซึ่งการปฏิบัติที่ดี ที่ถูกหรือที่ควรนั้น จะเกิดขึ้นเมื่อประชาชนมี

ความรู้ที่ถูกต้อง มีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น และการปฏิบัติที่คืบนั้นก็ต้องเป็นการปฏิบัติที่มีทักษะ มีความคล่องแคล่วการเกิดทักษะนี้มีไม่เกิดขึ้นง่ายๆต้องมีการกระทำเป็นขั้นตอน มีการฝึกปฏิบัติ ทักษะมีการพัฒนา 5 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการเรียนแบบ การลงมือทำตามแบบ ความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และการกระทำอย่างเป็นธรรมชาติ

แนวคิดการเรียนรู้

“การเรียนรู้” หมายถึง กระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถาวรหรือเปลี่ยนแปลงศักยภาพในการเกิดพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร อันเป็นผลจากประสบการณ์ ไม่ได้มาจากภูมิลำเนาหรือสัญชาตญาณ (Klein, 1991 & Baron, 1992 อ้างใน ทศนีย์ ภู่อ่างค์, 2546)

ตามความหมายดังกล่าว มีสิ่งที่จะต้องคำนึงถึง 5 ประการ ดังนี้

1) การเรียนรู้เป็น “กระบวนการ” กล่าวคือ มีลำดับขั้นตอนของการเรียนรู้ ซึ่งได้มีนักจิตวิทยาได้แบ่งขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้ไว้หลายท่านในที่นี้จะขอยกตัวอย่างเพียง 2 ท่าน คือ Mouley and Gagne (อ้างใน อารี พันธุ์มณี, 2534)

Mouley ได้จัดลำดับกระบวนการเรียนรู้เป็น 7 ขั้นตอนดังนี้

- 1.แรงจูงใจ : แรงจูงใจเป็นความต้องการหรือแรงขับที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรม
- 2.เป้าหมาย : บุคคลจะกำหนดเป้าหมายซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจของตน
- 3.ความพร้อม : สภาพความพร้อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมทั้งประสบการณ์เดิมและความสนใจ
- 4.อุปสรรค : หมายถึง การเผชิญกับสิ่งสกัดกั้นหรือกีดขวาง หาวิธีแก้ปัญหา ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้
- 5.การตอบสนอง : อาจเริ่มด้วยการเลือกตอบสนองที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาให้ดีที่สุด ซึ่งการตอบสนองเป็นแนวทางไปสู่เป้าหมาย
- 6.การเสริมแรง : เมื่อมีพฤติกรรมแล้วได้ผลย้อนกลับมาค้ำก็จะทำให้พฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อยและคงทน
- 7.การสรุปความเหมือน : นำไปใช้ในสถานการณ์หรือประสบการณ์ใหม่ได้ เป็นการขยายขอบเขตความรู้ให้กว้างขวางขึ้น

Gagne ได้แบ่งกระบวนการเรียนรู้เป็น 8 ขั้นตอน ได้แก่

- 1.แรงจูงใจ : การตั้งเป้าหมายและความคาดหวังของผู้เรียนเป็นแรงจูงใจสำคัญยิ่งในการเรียนรู้
- 2.ความสัมพันธ์ของการรับรู้กับความคาดหวัง : ผู้เรียนจะเลือกรับรู้เรื่องต่างๆที่สอดคล้องกับความตั้งใจของตน

- 3.การปรับขยายการรับรู้: การพยายามจัดสรรปรุงแต่งขยายการรับรู้ไว้เป็นความจำ
- 4.การสะสมสิ่งที่เรียนรู้ : ความสามารถในการเก็บรักษาหรือสะสมสิ่งที่ได้เรียนรู้ให้คงอยู่หรือกลายเป็นความจำระยะยาว
- 5.การระลึกได้ : สามารถระลึกถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว
- 6.การประยุกต์ใช้ความรู้ : สามารถนำความรู้หรือกฎเกณฑ์ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้
- 7.การแสดงพฤติกรรมตอบสนองการเรียนรู้ : แสดงออกถึงความรู้ความสามารถที่ได้อ่านมา
- 8.การแสดงผลย้อนกลับ : แจ้งผลการเรียนรู้ให้ผู้เรียนทราบเพื่อให้เกิดกำลังใจหรือปรับตนให้ดีขึ้น

กระบวนการเรียนรู้ตามแนวคิดทั้งสองที่กล่าวมานี้ เริ่มต้นด้วยการตั้งใจและการตั้งเป้าหมายของผู้เรียนเป็นสำคัญ เมื่อเกิดพฤติกรรมที่สามารถตอบสนองตามเป้าหมายก็จะเกิดการสะสมสิ่งที่ได้เรียนรู้ขึ้นแล้วนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ต่อไป และเมื่อได้รับการเสริมแรงพฤติกรรมนั้นก็จะยังคงทนและเกิดบ่อยขึ้น

2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงในรูปของพฤติกรรมภายนอกที่สังเกตได้ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การล้างมือ หรืออาจเป็นการเปลี่ยนแปลงศักยภาพ (Potential) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงภายใน ไม่ได้แสดงออกเป็นการกระทำ (Performance) ในขณะนั้น เช่น เกิดความรู้ ความเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเรื่องการเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย หรือการล้างมือ เป็นต้น

3) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ได้หมายถึงเพียงการเปลี่ยนแปลงทางบวกแต่อย่างเดียว แต่หมายรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางลบด้วย

4) การเปลี่ยนแปลงนั้นต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ถาวรหรือค่อนข้างถาวร สามารถทำซ้ำๆ ได้ ไม่ใช่เกิดขึ้นเพียงชั่วขณะ ซึ่งไม่ถือเป็นการเรียนรู้

5) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือศักยภาพของพฤติกรรมจะถือว่าเป็นการเรียนรู้ เมื่อเป็นผลจากประสบการณ์เท่านั้น ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงจากสาเหตุอื่น เช่น การเติบโตหรือมีวุฒิภาวะ ฤทธิ์ของยาหรือสิ่งเสพติด สัตยชาติญาณ หรืออุบัติเหตุ ความบังเอิญต่างๆ

3.4 คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

Burke(1990:365-367) และ Condex(1999) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้ข้อมูลสำคัญในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วยและคู่ครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนี้

1.การมีเพศสัมพันธ์ก็เหมือนกับการออกกำลังกาย หรือกิจกรรมทางกายอื่นๆ ที่ทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานเพิ่มขึ้น การหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมทางเพศอย่างหักโหม และความเครียดต่างๆจะทำให้ประสบความสำเร็จในการมีเพศสัมพันธ์ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำดังนี้

1.1 ควรพักอย่างน้อย 3 ชั่วโมงภายหลังจากรับประทานอาหาร เนื่องจากพลังงานจำนวนมากของร่างกายจะถูกนำไปใช้ในกระบวนการย่อยอาหารซึ่งถ้ามีเพศสัมพันธ์ในช่วงนี้จะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น (Scalzi,1982:15;Gondex,1999) ส่งผลให้ออกซิเจนมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ก่อให้เกิดภาวะเจ็บหน้าอกได้

1.2 ควรรอน้อย 2 ชั่วโมงภายหลังจากดื่มแอลกอฮอล์ เบียร์หรือไวน์ เพราะจากการศึกษาผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อกล้ามเนื้อหัวใจ และการไหลเวียนในผู้ที่มิภาวะหัวใจขาดเลือด พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในขนาดปกติที่ดื่มกันในระดับของการออกสังคมจะส่งผลให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงที่ ST segment ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้นได้ (Coffin,1981;Friedmen,1981;Orlando, 1976 cited in Burke,1990:367) ทางที่ดีจึงควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Gondex,1995)

1.3 ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังจากสูบบุหรี่ หรือดื่มกาแฟ เพราะสารเคมีนิโคติน คาเฟอีนจะส่งผลให้หัวใจบีบตัวเร็วและแรงมากขึ้น (Gondex,1999)

1.4 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในบริเวณที่มีอากาศร้อนหรือเย็นจนเกินไป เนื่องจากการทำงานของระบบร่างกายจะขึ้นอยู่กับควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย (Puksta,1977;603)

1.5 ควรมีเพศสัมพันธ์ภายหลังจากการพักผ่อนเต็มที่แล้ว หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ร่างกายและอารมณ์ตึงเครียด เพราะภาวะเครียดจะเพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้น (Boykoff,1989;372) และควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่มีความโกรธ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความโกรธที่เกิดจากคู่ครอง

1.6 หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่หักโหมหลังจากมีเพศสัมพันธ์ (Gondex,1999) เพราะจะทำให้เหนื่อย อ่อนเพลียเพิ่มมากขึ้น

1.7 ไม่ควรเปลี่ยนคู่นอน หรือเปลี่ยนสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจเกิดความตื่นเต้นซึ่งเป็นอันตรายต่อการทำงานของระบบหลอดเลือดและหัวใจ

1.8 เตรียมยาไนโตรกลีเซอรินให้พร้อมสำหรับการแก้ไขภาวะเจ็บหน้าอก และถ้าคิดว่ามีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ ควรอมยาไนโตรกลีเซอรินใต้ลิ้นป้องกันไว้ก่อนการมีเพศสัมพันธ์

2.ควรปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์กับแพทย์ผู้รักษา ซึ่งแพทย์อาจทำการทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ และเพิ่มความมั่นใจในความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วย เพราะการใช้พลังงานของผู้ป่วยแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน

3.สังเกตอาการผิดปกติทางเพศที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย การไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอดในเพศหญิง ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า ถ้าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นซ้ำๆ ก็จำเป็นต้องหาทางแก้ไขและหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้น

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศ เนื่องจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษาโรค ควรมีเพศสัมพันธ์ในเวลาเช้าเนื่องจากเป็นเวลาที่ระดับยาที่ใช้รักษาโรคในร่างกายมีระดับต่ำสุด (Briggs, 1994: 840) และถ้าพบอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างหรือภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ควรแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาหรือพยาบาลทราบอาการเหล่านั้นได้แก่

- 3.1 อาการแสดงของการเจ็บหน้าอกระหว่างหรือภายหลังการมีเพศสัมพันธ์
- 3.2 หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วกว่าปกติเป็นระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์
- 3.3 มีอาการใจสั่นภายใน 15 นาทีหลังการมีเพศสัมพันธ์
- 3.4 ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์มีอาการเหนื่อยล้าอย่างรุนแรงในวันรุ่งขึ้น
- 3.5 นอนไม่หลับภายหลังการมีเพศสัมพันธ์

พร้อมกันนี้ยังมีรายละเอียดที่น่าสนใจของคำแนะนำในการปฏิบัติทางเพศเพิ่มเติม ดังนี้

สมัยก่อนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มักได้รับคำแนะนำให้ใช้ท่าร่วมเพศที่ใช้พลังงานของร่างกายน้อยที่สุด เช่น ท่านอนหงายผู้ป่วยอยู่ด้านล่าง ท่าตะแคงผู้ป่วยชายอยู่ด้านหลัง ท่านอนตะแคงหันหน้าเข้าหากัน ทำผู้หญิงยืนบนพื้นให้ผู้ป่วยชายนั่งบนเก้าอี้โดยที่ขาแตะพื้น (McCann, 1989: 1137) ทางตรงกันข้ามมีผู้กล่าวว่า อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตจะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อผู้ป่วยใช้ท่าร่วมเพศที่ไม่คุ้นเคย (Walbroehl, 1984: 174-177) เพราะมีรายงานว่า อัตราการเต้นของหัวใจ และค่าความดันโลหิตขณะมีเพศสัมพันธ์ของคนปกติไม่แตกต่างกันระหว่างท่าผู้ชายอยู่บนกับท่าผู้ชายอยู่ล่าง (Nemec, Mansfield & Kennedy, 1976: 274-277) ดังนั้นในเรื่องท่าควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ท่าร่วมเพศที่คุ้นเคยมากกว่า ที่สำคัญควรให้ผู้ป่วยและคู่ครองพิจารณาว่าเป็นท่าที่ผู้ป่วยหายใจสะดวก ไม่แน่นอึดอัดบริเวณลิ้นปี่ (Albarran & Bridger, 1997: 8)

สำหรับวิธีการที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ หรือการตอบสนองความต้องการทางเพศในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ามีข้อมูลที่น่าสนใจ คือ

การร่วมเพศทางทวารหนัก (Sodomy) ควรงดเว้นในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากจะเป็นการกระตุ้นเส้นประสาททวารกัส (Vagus nerve) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ส่งผลให้หลอดเลือดที่นำเลี้ยงหัวใจลดลงและเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ (McCann, 1989: 1138)

การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อนควรหลีกเลี่ยงการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เพราะการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และทำให้การใช้พลังงานของร่างกายเพิ่มมากขึ้น แต่ในทางตรงข้าม ผู้วิจัยพบข้อมูลที่

ขัดแย้งกันคือ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองจะเป็นการสร้างความมั่นใจ ในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง และเป็นการผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง (McCann, 1989: 1137)

การใช้ปากในการร่วมเพศ (Oral sex) ควรควรงเว้นในผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อนเช่นกัน

นอกจากนี้ Seidel et al. (1991: 263) กล่าวว่า คู่ครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรมีส่วนร่วมช่วยให้ชีวิตทางเพศของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางบวก ซึ่งควรได้รับคำแนะนำต่อไปนี้

1. ระยะที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ควรสัมผัสอย่างอ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและเพิ่มความต้องการทางเพศ
2. ในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ควรอนุญาตให้ผู้ป่วยนำเครื่องแต่งกายของตนเอง มาสวมใส่แทนเสื้อผ้าของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น
3. ช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านเพศสัมพันธ์แก่คู่ครองของผู้ป่วย เพื่อจะได้สื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของคู่ครอง และเห็นคุณค่าของการมีเพศสัมพันธ์
4. ใช้สื่อสร้างเสริมอารมณ์สุนทรีย์ด้านเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วย เช่น เพลง การ์ตูน และเรื่องตลกเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์
5. แนะนำให้คู่ครองของผู้ป่วยกล้าที่จะบอกผู้ป่วยเกี่ยวกับการสลับบทบาทในการเป็นผู้เริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์
6. แนะนำให้ผู้ป่วย และคู่ครองของผู้ป่วยบรรเทาความกลัวที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่ครองสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ

นอกจากนี้ Gondex (1999) กล่าวว่า เมื่อคุณรู้สึกผ่อนคลาย มีความต้องการทางเพศ ให้กล้าที่จะบอกความต้องการของคุณให้คู่ของคุณทราบ อาจจะเริ่มด้วยการเร้าอารมณ์โইโลมปฏิโลม เพื่อให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ด้วยการ กอด จูบ ลูบ คลำ ใช้นิ้วปากกระตุ้นอวัยวะเพศ หรือใช้การทำ Musturbation จนกระทั่งคุณพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในต่างประเทศ

Eliot and Miles (1925: 49) ได้ศึกษาเรื่อง ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีผลต่อระบบการทำงานของร่างกาย พบว่า ร้อยละ 42 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีระยะเวลาในการป่วยตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป จะมีอาการใจเต้น หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติและเจ็บหน้าอก ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ หรือภายหลังกการมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายจำนวน 150 ราย พบว่า ร้อยละ 26 ของผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หายใจขัดหรือหายใจหอบถี่ หัวใจเต้นแรงเร็วในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ โดยอาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นทุกระยะของกระบวนการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ และพบมากที่สุดในระยะการกลับคืนสู่ปกติหรือหลังการมีเพศสัมพันธ์ (Gupta & Singh, 1982: 46) ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับอันตรายจากการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากในขณะที่มีกิจกรรมทางเพศ ร่างกายจะเกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ทำให้ก๊าซ คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ร่างกายจะปรับตัวโดยการหายใจเร็วลึก ก่อให้เกิดกรดแลคติกสูงขึ้นในร่างกาย ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น (Denney & Quadagno, 1992: 202) Hellerstein and Friedman (1970) ได้ทำการศึกษาผลของโรคหัวใจต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาในการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าผลการบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะมีเพศสัมพันธ์ นั้นมี อัตราเฉลี่ยของการเต้นของหัวใจในระยะ 2 นาที และ 1 นาที ก่อนถึงจุดสุดยอดและระยะจุดสุดยอดเท่ากับ 87.0, 101.2 และ 117.4 ครั้ง/นาที ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าการใช้ออกซิเจนในขณะมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าการก้าวขึ้นลงบันได 2 ชั้นเมื่อเปรียบเทียบกับตารางมาตรฐาน (Master 2-step test) ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะได้รับอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์ทุกรายไป Klein et al. (1965 cited in Kolodny et al., 1979:137) ได้ศึกษาเรื่องการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายจำนวน 20 คน ที่มีระยะเวลาในการป่วยอยู่ระหว่าง 3 ถึง 48 เดือน พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เมื่อกล่าวถึงโรคหัวใจคนส่วนใหญ่ ก็จะมุ่งประเด็นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ เพราะปัจจัยทางด้านกายภาพและสรีรวิทยา ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าวัยอื่น ๆ Rosen and Bibring (1966: 808-821) ศึกษาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายจำนวน 50 ราย อายุตั้งแต่ 35-67 ปี พบว่า ผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปจะเกิดภาวะบกพร่องทางเพศได้ง่าย ผู้ชายที่มีอายุ 50-60 ปี จะมีประสบการณ์ทางเพศที่ต่างจากสมัยเมื่ออายุน้อย การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในช่วงที่สูงอายุจะมีผลให้เพศสัมพันธ์เสื่อมถอยเร็วขึ้น และผู้สูงอายุมักมีความเชื่อว่าเพศสัมพันธ์เป็นพฤติกรรมของผู้ที่มีอายุน้อย ผู้ที่สูงอายุมักกลัวสังคมจะกล่าวหาว่า เขาเป็นคนเสื่อมศีลธรรม หากยังมีความต้องการทางเพศอยู่ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุพยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ (Griffiths, 1988: 345) Hellerstein and Friedman (1970) ศึกษาผลของโรคหัวใจต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยาในการมีเพศสัมพันธ์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่แต่งงาน ตำแหน่งทางสังคม ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางกายภาพ ในกลุ่มตัวอย่างเพศชาย 91 คน ที่เลือกโดยการสุ่มตัวอย่างและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 48 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศทั้งในอดีตและปัจจุบัน โปรแกรมประเมินความพร้อมของร่างกาย เทปบันทึกการทำงานของหัวใจ 24-48 ชั่วโมง ขณะทำกิจกรรมตามปกติที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า กิจกรรมทางเพศลดลงโดยสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมด้วย รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระยะเวลาในการกลับมา มีเพศสัมพันธ์อีกหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความ

สัมพันธ์กับความถี่ในการมีกิจกรรมทางเพศ 6 เดือนหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ต่อมาพบว่าได้มีผู้ศึกษาเรื่อง เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างแพร่หลายมากยิ่งขึ้นดังเช่นจากรายงานผลการศึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวนมากได้ระบุว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ลดลง (Tuttle, Cook & Fitch, 1964; Bloch, Maeder & Haissly, 1975; Papadopoulos, 1980) ตัวอย่างเช่นการศึกษาของ Bloch, Maeder and Haissly (1975: 536-537) เรื่อง ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศชาย 88 คน และเพศหญิง 12 คน ระยะเวลาในการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉลี่ยเท่ากับ 11 เดือน โดยเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศก่อนป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจ เท่ากับ 5.2 ครั้ง/เดือน และภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการมีเพศสัมพันธ์เท่ากับ 2.7 ครั้ง/เดือน แสดงให้เห็นว่าภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในเพศชายจำนวน 100 คน พบว่าร้อยละ 67 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมีการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง (Tuttle, Cook & Fitch, 1964: 146) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sjogren and Fugl-Meyer (1983: 197-201) เรื่อง ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อชีวิตด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วยเพศชายจำนวน 49 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 67 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ลดลง และร้อยละ 49 ของผู้ป่วยที่มีการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ลดลงนั้น ได้รับความทุกข์ทรมานจากอวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัว ที่สำคัญจากการศึกษาของ Singh, Singh, Singh and Malhotra (1970 cited in Kolodny et. Al., 1979: 137) ในเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คนที่ได้กล่าวมาข้างแล้วข้างต้น พบว่าร้อยละ 24 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ หยุดการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยเพศชายที่มีความต้องการทางเพศลดลงจะมีภาวะกามตายด้าน (Horgan & Craig, 1978: 540-542) ซึ่ง Scalzi (1982: 16) ได้กล่าวว่าภาวะบกพร่องทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายของเพศชายจะมีปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะเพศไม่แข็งตัว

จากรายงานการวิจัยข้างต้นจะพบว่า มีการทำการวิจัยเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ชายเป็นส่วนใหญ่ สำหรับงานวิจัยในผู้หญิง พบว่า จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย Papadopoulos, Beaumont, Shelley and Larrimore (1983: 1528) ได้ทำการศึกษากิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 130 คน พบว่าร้อยละ 71 ของกลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางเพศลดลงเช่นเดียวกับเพศชายที่ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเพศหญิงจะมีปัญหาการไม่ถึงจุดสุดยอดในขณะที่

มีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการทำงานของหลอดเลือดที่เลี้ยงบริเวณอวัยวะเพศมีประสิทธิภาพลดลง (Scalzi, 1982: 16) สำหรับข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์ในผู้หญิงที่เป็นโรค CHD (Coronary Heart Disease) จากรายงานผู้หญิง 130 คน ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (MI) ร้อยละ 30 ของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความสุขกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการเกิดโรค ร้อยละ 27 ของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสรุปไม่ได้ ร้อยละ 44 ของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 45 ของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้รับการให้คำปรึกษาทางเพศก่อนอนุญาตให้กลับบ้าน มีเพียงร้อยละ 18 ของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากรายงานได้รับข้อมูลจากแพทย์ จากการศึกษาพฤติกรรมทางเพศในผู้หญิงที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบรายงานว่าร้อยละ 20 ของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลัวการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 23 ของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และต้องกลับมาขอคำปรึกษาในเรื่องเพศสัมพันธ์ ที่โรงพยาบาล ร้อยละ 3 ของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สอบถามจากผู้มีความรู้ทางด้านสุขภาพ (Veronica & France, 1996)

นอกจากนี้ งานวิจัยในต่างประเทศยังได้ทำการศึกษาไปยังกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ Johnston และคณะ (1978) ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมทางเพศในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหลังได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจที่เข้าร่วมในโปรแกรมการออกกำลังกายในแผนกผู้ป่วยนอก โดยส่งแบบสอบถามกิจกรรมทางเพศชนิดปลายเปิดทางไปรษณีย์จำนวน 130 ฉบับ ไปยังผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวนร้อยละ 67 (87ใน130) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 68 รายและกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจจำนวน 19 ราย อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 54.4 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจเท่ากับ 51.6 ปี ผลการศึกษาพบว่า ความถี่ในการร่วมเพศก่อนและหลังเป็นโรคหัวใจลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ ความถี่ในการร่วมเพศก่อน และหลังเป็นโรคหัวใจไม่มีความแตกต่างกัน ระยะเวลาในการกลับมาทำกิจกรรมเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติของกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยในกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถกลับมามีเพศสัมพันธ์ได้หลังจากนั้นโดยเฉลี่ย 9.4 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ สามารถกลับมามีเพศสัมพันธ์ได้หลังจากผ่าตัดโดยเฉลี่ย 5.7 สัปดาห์ ร้อยละ 22 ของกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (15 ใน 68) และร้อยละ 21 ของกลุ่มที่ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ (4 ใน 19) รายงานว่า มีอาการเจ็บหน้าอกขณะร่วมเพศ โดยในกลุ่มที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะร่วมเพศ 7 ใน 15 ราย บอกว่าต้องอมยาในไตรกลีเซอรินใต้ลิ้นก่อนหรือหลังร่วมเพศ ส่วนในกลุ่มผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ พบ 3 ใน 4 ราย Veronika and France (1996) ได้ศึกษาเรื่อง Psychological Factor of Coronary Heart Disease พบว่าหลังจากการทำ

CABG ไม่ได้ทำให้พฤติกรรมทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ชายดีขึ้น และพบว่า การปรับพฤติกรรมทางเพศ กับการซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศสัมพันธ์ ภายหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยร้อยละ 30-45 ของผู้ป่วยหลังทำ CABG ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ตามปกติได้

เรื่องเพศสัมพันธ์ในชีวิตคู่ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะเป็นประเด็นที่สำคัญ ประเด็นหนึ่ง ซึ่งได้มีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตลอดจนปัจจัยทางด้านความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์หลังป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนี้ Papadopoulos และคณะ (1980) ศึกษาความต้องการและความกังวลของ ภรรยาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 100 คน โดยการสัมภาษณ์ที่บ้านหลังจำหน่ายผู้ป่วย ออกจากโรงพยาบาลจำนวน 9 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีเพศสัมพันธ์ กับสามีตามปกติก่อนสามีจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ สามีของกลุ่มตัวอย่างที่เลือก ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจตั้งแต่ 6 เดือน-3 ปี ในรายที่เป็นโรคหัวใจมานานและเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกมี 38 คน ที่ถอนตัวก่อนเสร็จสิ้นงานวิจัย การเก็บข้อมูลใช้เวลา 5 เดือน ผลการศึกษา พบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 50 ปี อายุเฉลี่ยของสามีเท่ากับ 54 ปี ในจำนวน 100 คู่ มี 76 คู่ ที่กลับไปมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ ในจำนวนนี้มีเพียง 22 คู่ ที่พบว่าความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์คงเดิม 5 คู่ ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น และอีก 49 คู่ ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ส่วนที่เหลืออีก 24 คู่ที่ไม่กลับไปมีเพศสัมพันธ์อีก พบว่ามี 10 คู่ที่ไม่พยายามจะมีเพศสัมพันธ์ และอีก 14 คู่ พยายามที่จะกลับไปมีเพศสัมพันธ์อีก แต่ไม่สำเร็จ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมา มีเพศสัมพันธ์อีก ได้แก่ อายุของกลุ่มสมรส ปีที่แต่งงาน แรงขับทางเพศที่มี ก่อนเป็นโรค (ความต้องการทางเพศ) การพูดคุยของกลุ่มสมรส และความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ หลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความกลัวในการกลับไปมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการได้ รับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 โดยในรายที่กลับไปมีเพศสัมพันธ์อีก ร้อยละ 29 (22/76) ของกลุ่มสมรส รายงานว่า ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์กัน สามีแสดงอาการ ดังนี้ คือ อ่อนเพลียและหายใจสั้นๆ ร้อยละ 22 (17/76) ของกลุ่มสมรส เจ็บหน้าอก ร้อยละ 16 (12/76) ของกลุ่มสมรส และเหงื่อออกมาก ร้อยละ 12 (9/76) ของกลุ่มสมรส กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน รายงานว่า ต้องการได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคหัวใจจากแพทย์ที่ทำการรักษาสามี 9 คน ต้องการได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคหัวใจจากพยาบาล 43 คน ต้องการ ได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคหัวใจทั้งจากแพทย์และพยาบาล และ 92 คน ต้องการได้รับการสอนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์พร้อมกันกับสามี

ตั้งแต่ปี 1964 จนถึงปัจจุบันได้มีการศึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นจำนวนมากในต่างประเทศ เช่น ผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อการมีเพศสัมพันธ์ (Tuttle et al., 1964; Fletcher, Johnson & Cantwell, 1978; Bloch Maeder & Haissly,

1975; Hellerstein & Friedman, 1970; Larson et al., 1980) วิธีการปฏิบัติตนขณะมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Puksta, 1977; Thompson, 1980; Underhill et al., 1982; Burke 1990; Briggs, 1994; Seidl et al., 1991; Albarran & Bridger, 1997) วิธีการให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจด้านเพศสัมพันธ์ (Annon, 1976; Baggs, 1986) และการให้คำปรึกษา ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Cohen, 1980; Goodman, 1990; Gamel, Davis & Hengeveld, 1993) ซึ่งความรู้เหล่านี้มีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดการนำมาใช้ในวิชาชีพ พยาบาล เนื่องจากพยาบาลยังไม่เห็นความสำคัญของเรื่องเพศสัมพันธ์และมักหลีกเลี่ยงการตอบ ปัญหาเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วย (Gamel, Davis & Hengeveld, 1993: 1220; Steinke & Patterson-Midgley, 1995: 83)

จากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศ ที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ภายหลังจากเกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายที่กล่าวมาข้างต้นมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นภาพการตอบสนองทาง เพศที่ลดลง มีกิจกรรมทางเพศลดลง หรือหยุดการมีเพศสัมพันธ์ในที่สุดซึ่งมีสาเหตุมาจาก การที่ อวัยวะเพศไม่แข็งตัว มีภาวะกามตายด้าน ความกลัว ความวิตกกังวลว่าการมีเพศสัมพันธ์จะส่งผล เสียต่อภาวะสุขภาพ มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าคู่ครองมีความวิตกกังวล กลัวในการ กลับไปมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการได้รับการสอนให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หลังเป็นโรคหัวใจ วิธีการปฏิบัติตนขณะมีเพศสัมพันธ์ การให้คำปรึกษาทางด้านเพศสัมพันธ์ของ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งความรู้เหล่านี้ได้มีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องแต่ยังคงขาดการนำไป ใช้จริงในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศไทย

ศิริอร สินธุ (2526) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในที่รับ การรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช สถานภาพสมรสคู่ เพศชาย อายุไม่เกิน 60 ปี จำนวน 100 คน ใช้วิธี การสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจโดยบังเอิญ (Accidental sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลของ ผู้ป่วยในเรื่องเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจ และแบบสัมภาษณ์การประเมินการปฏิบัติทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจ ตัวแปรที่ใช้ใน การศึกษานี้ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ระดับ ความวิตกกังวล ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ และปัญหาเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหา เพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความรุนแรงของโรคและระดับความวิตกกังวล

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยทางด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ระดับความวิตกกังวล และความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมกันทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ตัวทำนายที่ดีที่สุดที่ใช้ในการทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ระดับความวิตกกังวล ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์และระดับความรุนแรงของโรค สามารถร่วมกันทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 68.54

ผจงจิต อัสวกุล (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น แองจินา เพคตอริส (Angina Pectoris) โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease) โรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Artery Disease) ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 120 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินความรุนแรงของโรค แบบทดสอบความรู้เรื่องเพศ แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศ ผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ด้านพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศและโดยรวม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นรายข้อพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ในเรื่องการแสดงความรักกับคนรักหรือคู่สมรส โดยการจับมือ การโอบกอด การจูบหรือหอมแก้ม การลูบคลำ หรือการประเล้าประโลม และความรู้สึกพึงพอใจในการแสดงความรักกับคนรักหรือคู่สมรส โดยการจับมือ การโอบกอด การจูบหรือหอมแก้ม การลูบคลำ หรือการประเล้าประโลมของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมทางเพศ ของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศโดยรวมของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นรายด้าน พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นรายข้อ พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ในเรื่องความรู้สึกพึงพอใจในการแสดงความรักกับคนรักหรือคู่สมรส โดยการจับมือ การโอบกอด การจูบหรือหอมแก้ม การลูบคลำ หรือการประเล้าประโลม และความรู้สึกพึงพอใจ ในการนึกคิดหรือสร้างภาพที่ทำให้เกิดอารมณ์เพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 และในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศ ของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ความรู้เรื่องเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ด้านพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ และโดยรวมของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เป็นรายข้อ พบว่า ความรู้เรื่องเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ในเรื่องความรู้สึก ความพึงพอใจในการพูดคำว่า "รัก" หรือ "หวง" กับคนรักหรือคู่สมรส และความรู้สึกพึงพอใจในการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 82.5 ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนผู้ที่เคยได้รับคำแนะนำได้รับจากแพทย์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.4 ของกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือดคนใดเคยได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเพศโดยรวม อยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.2 ของกลุ่มตัวอย่าง ความวิตกกังวลเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้องคชาติแข็งตัวไม่เต็มที่มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70.8 ของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งไม่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังจากที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด

ธนิดา เขียรธำรงสุข (2543) ศึกษาประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 13 คน (ชาย 11 คน และหญิง 2 คน) มีช่วงอายุ 30-70 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 45-50 ปี การวิจัยครั้งนี้ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นวิธีหลักในการเก็บข้อมูล ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี กำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ตัวผู้วิจัย แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ ลักษณะที่บอกถึงเพศสัมพันธ์เป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิต ลักษณะที่บอกถึงเพศสัมพันธ์เป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะสุขภาพขณะเจ็บป่วย และลักษณะที่บอกถึงเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งไม่จำเป็นและทำให้ชีวิตสั้น ส่วนประสบการณ์การตอบสนองด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยภายหลังการเจ็บป่วย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมี 2 ลักษณะ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์คงเดิมทั้งคุณภาพและความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มี 4 กรณี คือ กรณีที่ 1 ความสามารถในการปฏิบัติ

กิจกรรมทางเพศลดลง แต่ความต้องการทางเพศปกติ กรณีที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง และความต้องการทางเพศลดลง กรณีที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง ไม่มีความต้องการทางเพศ แต่ต้องการตอบสนองความต้องการทางเพศของกลุ่ม และกรณีที่ 4 บุติการมีเพศสัมพันธ์ แม้จะมีความต้องการทางเพศ ส่วนความสามารถทางเพศสัมพันธ์ในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม พบว่าเงื่อนไขที่ทำให้เพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไปมี 3 ประการ ได้แก่ 1) อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่าง หรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ คือความไม่สุขสบายในระหว่างหรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ และความบกพร่องของอวัยวะเพศในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ 2) การรับรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในทางลบ คือ การรับรู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์อาจเป็นสาเหตุการตายในผู้ป่วยโรคหัวใจ และการรับรู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนบุคคล 3) การขาดข้อมูลคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์

ในประเทศไทยพบว่า ไม่มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยตรง แต่สำหรับผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่า ไม่แตกต่างกับผลการวิจัยในต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีอยู่น้อยมาก อีกทั้งยังไม่ได้รับการศึกษอย่างจริงจังจากบุคลากรในทีมสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การออกแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อ เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) การวิจัยใช้รูปแบบการทดลอง แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุม (Pretest-posttest control group design)

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายที่มีอายุ 35-60 ปี สถานภาพคู่ ซึ่งได้ผ่านการประเมินสุขภาพจากแพทย์โรคหัวใจว่าสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ โดยแบ่งตามศักยภาพของผู้ป่วย (functional classification) โดยมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และระดับ 2 ตามข้อกำหนดความรุนแรงของโรคของสมาคมโรคหัวใจแห่ง New York สหรัฐอเมริกา (New York Heart Association, 1964 cited in Rasof, & Gorbien, 1998: 234) ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2546-มีนาคม พ.ศ. 2547 จำนวนทั้งสิ้น 60 คน โดยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด (Purposive Sampling) แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

สรุปการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหัวใจตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้นโรคที่เกิดร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และหัวใจเต้นผิดปกติ
2. ได้รับการประเมินจากแพทย์โรคหัวใจว่ามีความพร้อมทางด้านร่างกาย สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่มีอันตรายต่อสุขภาพกาย เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรกระดับ 1 และระดับ 2 เท่านั้น
3. ผู้ป่วยจะต้องไม่ได้รับยากลุ่ม Beta blocker ในการรักษามาก่อน เพราะยากลุ่มนี้จะทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลงได้

4. เต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตลอดโปรแกรมที่กำหนด(ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย)

5. เพศชายอายุตั้งแต่ 35-60 ปี สถานภาพคู่ และสามารถนำภรรยาเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างน้อย 1 ใน 3 ครั้ง ของ 3 สัปดาห์แรกของโปรแกรม (ข้อกำหนดนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกใจของผู้ป่วยและคู่ครองเป็นสำคัญ หากคู่ครองหรือภรรยาไม่สามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมได้ แนะนำให้ผู้ป่วนำคู่มือความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้คู่ครองหรือภรรยาอ่านทำความเข้าใจร่วมกันที่บ้านแทน)

6. มีความสามารถในการรับฟังและมองเห็น ได้ดี

7.จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสนใจและต้องการมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชนิด

1. แบบสอบถาม เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเป็นการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น (Pilot Study) ทั้งนี้เพื่อเป็นการกำหนดขอบเขตและทิศทางในการวิจัย และเพื่อทำการประเมินผู้ป่วยก่อน-หลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ (Pretest-posttest) แบบทดสอบชุดนี้ ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคหัวใจ การรักษาที่ได้รับ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 14 ข้อ

1.2 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ความเห็นทางบวก

ถ้าตอบในช่องเห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5 คะแนน
ถ้าตอบในช่องเห็นด้วย	ให้	4 คะแนน
ถ้าตอบในช่องไม่แน่ใจ	ให้	3 คะแนน
ถ้าตอบในช่องไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ถ้าตอบในช่องไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน

ความเห็นทางลบ

ถ้าตอบในช่องเห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน
ถ้าตอบในช่องเห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ถ้าตอบในช่องไม่แน่ใจ	ให้	3 คะแนน
ถ้าตอบในช่องไม่เห็นด้วย	ให้	4 คะแนน
ถ้าตอบในช่องไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5 คะแนน

1.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสอบถามเลือกตอบ ใช่-ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจของศิริอร สิ้นธุ (2526) จากงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ และกำหนดการให้คะแนนดังนี้

ความเห็นทางบวก	คำตอบ "ใช่"	ได้	0 คะแนน
	คำตอบ "ไม่ใช่"	ได้	1 คะแนน
ความเห็นทางลบ	คำตอบ "ใช่"	ได้	1 คะแนน
	คำตอบ "ไม่ใช่"	ได้	0 คะแนน

1.4 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นแบบสอบถามเลือกตอบ ทำ-ไม่ทำ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองบางส่วน และจากการศึกษาปรับปรุงจากแบบสอบถามของผจงจิต อัสวิกุล (2542) จากงานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความรุนแรงของโรค และความรู้เรื่องเพศกับพฤติทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด โดยคัดเลือกเฉพาะคำถามที่เหมาะสมกับงานวิจัยเรื่องนี้เท่านั้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

พฤติกรรมทางบวก	คำตอบ "ทำ"	ได้	1 คะแนน
	คำตอบ "ไม่ทำ"	ได้	0 คะแนน
พฤติกรรมทางลบ	คำตอบ "ทำ"	ได้	0 คะแนน
	คำตอบ "ไม่ทำ"	ได้	1 คะแนน

แบบประเมินชุดนี้มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. นำแบบประเมินที่สร้างให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไข
2. นำแบบประเมินทั้ง 4 ส่วนไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ช่วยตรวจสอบและแก้ไข เพื่อหาความตรงในเนื้อหา (Content validity) เพื่อความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเพศศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์ทางด้านจิตวิทยา 1 ท่าน
3. นำแบบประเมินมาปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ
4. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายจำนวน 60 คน และหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมิน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินดังนี้

แบบประเมินเจตคติ	ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน เท่ากับ 0.77
แบบประเมินความวิตกกังวล	ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน เท่ากับ 0.75
แบบประเมินพฤติกรรมทางเพศ	ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมิน เท่ากับ 0.72
5. นำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยง (Reliability) ในระดับที่น่าเชื่อถือมาใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย

2. โปรแกรมและคู่มือการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือดังนี้

2.1 ศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นในเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งได้ใช้แนวคิดการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้กรอบแนวคิดของBurk (1990) และ Gondex (1999) นำมาสร้างเป็นคู่มือการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เรียกว่า คู่มือ ให้ความรู้เรื่อง “เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ “

2.2 ผู้วิจัยเป็นพยาบาลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเวลา 3 ปี ได้ทำการศึกษา และเรียนรู้ในรายวิชา สัมพันธภาพในการให้ความช่วยเหลือและทักษะในการปรึกษาเชิงจิตวิทยา (Helping Relationship and Counselling Skills) เป็นเวลา 1 ภาคเรียน ศึกษาในรายวิชา การฝึกงานด้านการปรึกษาปัญหาทางเพศ (Practicum in Sexual Problems Counselling) เป็นเวลา 1 ภาคเรียน เพื่อให้ผู้วิจัยมีความรู้ชำนาญ เกี่ยวกับการให้การปรึกษาทางเพศสัมพันธ์และการประยุกต์ใช้เทคนิคต่างๆ ในกระบวนการเรียนการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.3 ผู้วิจัยสร้างแบบแผนการจัดการให้ความรู้ เรื่องเพศสัมพันธ์ที่จัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แนวคิดการให้ความรู้ด้านสุขภาพซึ่งผู้วิจัยได้แนวความคิดจากการทบทวนวรรณกรรมผนวกกับแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ(เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541) กระบวนการสอนสุขศึกษา(พรณี บัญชรหัตถกิจ, 2540) และกระบวนการเรียนรู้ของ Mouley and Gange (อ้างใน อารี พันธุ์ณี, 2534) โดยดำเนินการสอนให้ความรู้แบบรายกลุ่ม และรายบุคคล ตามความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.4 นำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สร้างขึ้นไปผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเพศศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์ทางด้านจิตวิทยาที่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ 1 ท่าน

2.5 นำโปรแกรมและคู่มือการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.6 นำโปรแกรมและคู่มือการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 60 คน

2.7 นำโปรแกรมและคู่มือที่พัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) มาใช้ในการวิจัยเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 19 มกราคม ถึง วันที่ 29 เดือน มีนาคม พ.ศ.2547 ณ แผนกผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนด้วยตนเอง 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง รายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1.ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรม การให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการสอนให้ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพัฒนาเครื่องมือประเมินผลที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งฝึกทักษะความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการให้การปรึกษาปัญหาต่างๆทางเพศสัมพันธ์ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นเทคนิคต่างๆในกระบวนการสอนให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่าง 30 คนแรก ผู้วิจัยจัดให้เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เก็บและรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจนเสร็จสิ้นครบตามจำนวนแล้ว หลังจากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบอีก 30 คน ซึ่งผู้วิจัยจัดให้เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการสอน ให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นรายกลุ่มและรายบุคคลตามความต้องการของผู้ป่วย สำหรับการสอนเป็นรายบุคคลขั้นตอนวิธีการสอนจะใช้โปรแกรมเดียวกับวิธีการสอนเป็นรายกลุ่ม แต่จะตัดในส่วนของกระบวนการกลุ่มออกไปและมุ่งประเด็นต่างๆ ไปที่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว รูปแบบของโปรแกรมจะใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 4 ครั้งๆละ 60 นาที ในแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ มีการแนะนำให้ผู้ป่วยนำภรรยาเข้าร่วมโปรแกรมร่วมด้วยอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 3 สัปดาห์แรก หากเกิดกรณีผู้ป่วยติดธุระไม่สามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมได้ในสัปดาห์ที่ 2 หรือ 3 จะมีการติดตามให้ความรู้ คำแนะนำทางโทรศัพท์แทน สำหรับรูปแบบแผนการสอนโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองในแต่ละสัปดาห์ สรุปได้ดังนี้

ครั้งที่ 1 : สัปดาห์ที่ 1

วิธีการดำเนินการ

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนกับผู้ป่วย
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบแนวทางการวิจัย
3. ดำเนินการให้ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วม เช่นชื่อเข้าร่วมการวิจัย
4. ทำการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test)
5. จัดทำข้อมูลความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้ผู้ป่วยได้อ่านทำความเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดในขณะนั้น และสอบถามข้อสงสัย ร่วมกันอภิปราย
6. สรุปความรู้ที่ได้รับในวันนี้
7. ให้การบ้านไปทดลองปฏิบัติ จดบันทึกปัญหาหรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาสอบถามผู้สอนในครั้งต่อไป
8. นัดวัน เวลา และเรื่องราวที่จะพูดคุยกันในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 : สัปดาห์ที่ 2

วิธีการดำเนินการ

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
2. ให้การเสริมแรง ให้กำลังใจในรูปแบบที่แตกต่างกัน เช่น หากเป็นรายกลุ่มใช้วิธีการปรบมือ หากเป็นรายบุคคลใช้คำพูดชื่นชม เป็นต้น
3. ร่วมประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยด้านเพศสัมพันธ์ให้สอดคล้องกับปัญหาของตน
4. ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น สอนให้ความรู้ในประเด็นดังกล่าว
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสรุปผลการเรียนรู้ที่ได้รับ
6. ให้การบ้าน ไปทดลองปฏิบัติ จดบันทึกปัญหาหรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้น
7. นัดวัน เวลา และเรื่องราวที่จะพูดคุยกันในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 : สัปดาห์ที่ 3

วิธีการดำเนินการ

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ทางเพศสัมพันธ์ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
2. ให้การเสริมแรงในผู้ที่ประสบความสำเร็จในการมีเพศสัมพันธ์ที่ดี ให้กำลังใจผู้ป่วยในผู้ที่ไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์
3. สอบถามผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุ ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น
4. ร่วมกันอภิปรายและหาแนวทางแก้ไข ผู้สอนตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วย ให้ความรู้ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม
5. ชักชวนให้ผู้ป่วยสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับในวันนี้
6. ให้การบ้าน ไปทดลองปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อคลี่คลายปัญหาที่เกิดขึ้น
7. นัดวัน เวลา และเรื่องราวที่จะพูดคุยกันในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 4 : สัปดาห์ที่ 4

วิธีการดำเนินการ

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ทางเพศสัมพันธ์ใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา
2. ให้การเสริมแรงและให้กำลังใจผู้ป่วย
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับโปรแกรมที่ได้รับ รวมถึงข้อสงสัยเพิ่มเติม
4. ให้ความรู้คำแนะนำในประเด็นที่ผู้ป่วยสงสัย หากคำตอบให้กับตนเองไม่ได้

5.ทำการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบสอบถาม เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชุดเดิม (Post-test)

6.ชักชวนกระตุ้นให้ผู้ป่วยสรุปบททวนความรู้ที่ได้รับ ให้คำชมให้กำลังใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติต่อไป

7.ผู้สอนหรือผู้วิจัยขอบคุณผู้ป่วย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

8.ยุติการให้โปรแกรม

สำหรับกลุ่มควบคุมมีวิธีการดำเนินการคล้ายคลึงกัน แต่จะไม่ให้โปรแกรมความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มนี้ แต่จะให้ความรู้คำแนะนำทั่วไปที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การรับประทานอาหารอย่างสม่ำเสมอ การเน้นย้ำการมาตรวจตามนัด เป็นต้น สำหรับการทำให้แบบทดสอบ Pre-test และ Post-test จะทำให้สัปดาห์ที่ 1 และ 4 เช่นกัน

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยจะนำการประเมินผล Pre-test กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 หรือวันแรกของการทดลองบริการก่อนการได้นับความรู้หรือโปรแกรมด้วยแบบสอบถามเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และจะนำการประเมิน Post-test ในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งเป็นสัปดาห์สุดท้ายหรือวันสุดท้ายของการได้รับความรู้หรือโปรแกรมด้วยแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง ใช้เวลาประมาณ 20 นาที เช่นกัน

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงจริยธรรมและสิทธิของผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้มาก เพราะเป็นการศึกษาถึงโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้เนื่องจากในสังคมไทยมีความเชื่อและยึดถือปฏิบัติว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นเรื่องลับเฉพาะ บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงการสนทนาได้ตอบในเรื่องเพศอย่างเปิดเผย และในด้านความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้และปฏิบัติกิจกรรมทางเพศที่บ้าน ผู้วิจัยจึงต้องระมัดระวังมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างให้น้อยที่สุด และในทุกขั้นตอนของการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1.การเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจะต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า อยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระดับความเสี่ยงต่ำ หรือระดับ 1 ที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และสามารถนำความรู้ที่ได้รับตามคำแนะนำไปปฏิบัติที่บ้านได้ ซึ่งผู้วิจัยจะทำการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์

ประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการให้โปรแกรม การรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างละเอียด พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาแต่อย่างใด แล้วให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างก่อน เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้เซ็นชื่อยินยอม ผู้วิจัยจะขอ อนุญาตจรรยาบรรณ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เพื่อเป็นการติดตามผู้ป่วย นอกจากนี้ใน ระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัว อย่างสามารถบอกเลิกได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการบำบัดรักษาการพยาบาลหรือการบริการที่ได้รับ ข้อมูลที่ได้รับจะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง

2. หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะทำหน้าที่รับฟังและให้คำแนะนำ ถ้ามีปัญหาที่มีความ รุนแรงมาก ต้องการความช่วยเหลือด่วน ผู้วิจัยจะอำนวยความสะดวกในการติดต่อไปยังบุคคลที่ เกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือโดยตรง

3. สำหรับกลุ่มควบคุมก็มีระเบียบการวิจัยเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

4. กล่าวขอบคุณและกล่าวปีติงานวิจัย พร้อมทั้งสอบถามหากผู้ป่วยกลุ่มควบคุมท่านใดสนใจ สามารถรับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไปศึกษาต่อ ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าเฉลี่ยร้อยละ และ นำเสนอในรูปตาราง

2. นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินความรู้ เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มาวิเคราะห์โดย

2.1 หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการประเมินความรู้ เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และนำเสนอในรูปตาราง

2.2 นำคะแนนค่าเฉลี่ย Pre-test และ Post-test จากแบบประเมินความรู้ เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศ มาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนน โดย รวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระยะก่อนทดลองและ หลังทดลอง โดยใช้สถิติ Independent Samples t-Test

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนจากแบบประเมินความรู้ เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศ โดยรวมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของผู้ป่วย ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired-Samples t-Test



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา เปรียบเทียบเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และเพื่อ ศึกษาเปรียบเทียบเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายอายุ 35-60 ปี สถานภาพผู้ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2547 จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ผล การวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1-5)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทาง เพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมการ ให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละกลุ่ม (ตารางที่ 6-7)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทาง เพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการ ทดลอง การได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละ กลุ่ม (ตารางที่ 8-9)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพศชาย จำแนกตามอายุ อายุคู่สมรส และระยะเวลาสมรส

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
35-39 ปี	2	6.67	2	6.67	4	6.67
40-49 ปี	5	16.67	7	23.33	12	20
50-60 ปี	23	76.67	21	70	44	73.33
อายุคู่สมรส						
35-39 ปี	3	10	6	20	9	15
40-49 ปี	8	26.67	14	46.67	22	36.67
50-60 ปี	19	63.33	10	33.33	29	48.33
ระยะเวลาการสมรส						
1-5 ปี	2	6.67	3	10	5	8.33
6-10 ปี	2	6.67	6	20	8	13.33
11-20 ปี	2	6.67	7	23.33	9	15
มากกว่า 20 ปี	24	80	14	46.67	38	63.33

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายในการศึกษารั้งนี้ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.67 ของกลุ่มควบคุม และคิดเป็นร้อยละ 70 ของกลุ่มทดลอง อายุคู่สมรสกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.33 ของกลุ่มควบคุม สำหรับกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.67 ของกลุ่มทดลอง สำหรับระยะเวลาสมรสทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มากกว่า 20 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 80 ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 46.67 ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	10	33.33	7	23.33	17	28.33
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	6.67	4	13.33	6	10
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	16.67	7	23.33	12	20
อนุปริญญา/ปวช./ปวส.	3	10	4	13.33	7	11.67
ปริญญาตรีขึ้นไป	10	33.33	8	26.67	18	30
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	3	10	1	3.33	4	6.67
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	63.33	14	46.67	33	55
รับจ้าง	3	10	5	16.67	8	13.33
ทำไร่-นา/เกษตรกรรม	2	6.67	1	3.33	3	5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	3	10	9	30	10	20
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
2,000-4,000 บาท	1	3.33	1	3.33	2	3.33
4,001-6,000 บาท	3	10	4	13.33	7	11.67
มากกว่า 6,000 บาท	26	86.67	25	83.33	51	85

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและระดับปริญญาขึ้นไปเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ของกลุ่มควบคุม ในขณะที่เดียวกันกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ก็มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าปริญญาตรีขึ้นไปใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 23.33 และ 26.67 ของกลุ่มทดลอง สำหรับอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 63.33 และ 46.67 ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตามลำดับ และมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 6,000 บาท ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 86.67 และ ร้อยละ 83.33 ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ และระยะเวลาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรค						
ระดับ 1	23	76.67	28	93.33	51	85
ระดับ 2	7	23.33	2	6.67	9	15
การรักษาที่ได้รับ						
การรับประทานยา	30	100	30	100	60	100
การขยายหลอดเลือดหัวใจ	2	6.67	5	16.67	7	11.67
ระยะเวลาเป็นโรค						
น้อยกว่า 1 เดือน	5	16.67	2	6.67	7	11.67
1-3 เดือน	2	6.67	2	6.67	4	6.67
4-6 เดือน	-	-	2	6.67	2	3.33
7-9 เดือน	2	6.67	-	-	2	3.33
10-12 เดือน	3	10	5	16.6	8	13.33
2-5 ปี	16	53.33	16	53.33	32	53.33
6-9 ปี	1	3.33	2	6.67	3	5
มากกว่า 10 ปี	1	3.33	1	3.33	2	3.33

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 76.67 ของกลุ่มควบคุมและ 93.33 ของกลุ่มทดลอง การรักษาที่ได้รับส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 100 รักษาโดยการรับประทานยา ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีระยะเวลาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่นานอยู่ในช่วงเวลา 2-5 ปี เท่ากันทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 53.33 ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องโรคหัวใจและแหล่งข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ						
เคยได้รับ	23	76.67	26	86.67	49	81.67
ไม่เคยได้รับ	7	23.33	4	13.33	11	18.33
แหล่งข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ						
แพทย์	19	63.33	24	80	43	71.67
พยาบาล	16	53.33	13	43.33	29	48.33
ภรรยาและลูก	4	13.33	-	-	-	-
เพื่อน	3	10	4	13.33	7	11.67
ผู้ป่วยอื่น	3	10	-	-	3	5
ดูจากรายการทีวี	5	16.67	10	33.33	15	25
ฟังจากวิทยุ	1	3.3	2	6.67	3	5
นิตยสาร	5	16.67	6	20	11	18.33
เอกสารวิชาการ	15	50	12	40	27	45
หนังสือพิมพ์	6	20	12	40	18	30
อินเทอร์เน็ต	1	3.33	3	10	4	6.67

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 76.67 และ 86.67 ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มตามลำดับ สำหรับแหล่งข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำ 3 อันดับแรกของกลุ่มควบคุมได้แก่ แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 63.33 พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 53.33 และเอกสารวิชาการ คิดเป็นร้อยละ 50 ในส่วนของแหล่งข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำ 3 อันดับแรกของกลุ่มทดลองได้แก่ แพทย์ คิดเป็นร้อยละ 80 พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 43.33 เอกสารวิชาการและหนังสือพิมพ์เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40 สำหรับพ่อและแม่และญาติผู้ใหญ่ ผู้ป่วยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่เคยได้รับคำแนะนำจากบุคคลในกลุ่มนี้

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ แหล่งข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำและรูปแบบการสอนเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		รวม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ						
เคยได้รับ	9	30	7	23.33	16	26.67
ไม่เคยได้รับ	21	70	23	76.67	44	73.33
แหล่งข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ						
แพทย์	6	20	4	13.33	10	16.67
พยาบาล	4	13.33	-	-	4	6.67
ภรรยาและลูก	3	10	-	-	3	5
เพื่อน	2	6.67	1	3.33	3	5
ผู้ป่วยอื่น	2	6.67	-	-	2	3.33
ดูจากรายการทีวี	2	6.67	-	-	2	3.33
นิตยสาร	2	6.67	1	3.33	3	5
เอกสารวิชาการ	4	13.33	2	6.67	6	10
หนังสือพิมพ์	4	13.33	-	-	4	6.67
อินเทอร์เน็ต	1	3.33	-	-	1	1.67
รูปแบบการสอนเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ						
สอนเป็นรายบุคคล	19	63.33	20	66.67	39	65
สอนเป็นรายกลุ่ม	11	36.67	10	33.33	21	35

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 76.67 ตามลำดับ สำหรับแหล่งข้อมูลที่ได้รับคำแนะนำส่วนใหญ่ในกลุ่มควบคุมคือ ได้รับจากแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 20 พยาบาล เอกสารวิชาการ และหนังสือพิมพ์

เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ของกลุ่มควบคุม ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ของกลุ่มทดลอง ในกลุ่มนี้ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ในส่วนของแหล่งข้อมูล ที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับคำแนะนำเป็นส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คือ พ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่ และพี่วิทยุ สำหรับรูปแบบการสอนเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต้องการให้มีการสอนเป็นรายบุคคล คิดเป็นร้อยละ 63.33 และร้อยละ 66.67 ตามลำดับ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน เจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละกลุ่มโดยการทดสอบด้วยสถิติ Paired-Samples t-Test ผลการทดสอบแสดงในตารางที่ 6 และ 7

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=30)

การศึกษาในกลุ่ม ควบคุม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
เจตคติ	3.61	0.31	3.60	0.29	29	0.181
ความวิตกกังวล	6.03	4.55	6.93	4.39	29	-4.955*
พฤติกรรมทางเพศ	7.93	3.21	7.53	3.28	29	3.525*

* $P < .01$

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองเท่ากับ 3.61 หลังการทดลองเท่ากับ 3.60 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีเจตคติคงเดิม ในส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ก่อนการทดลองเท่ากับ 6.03 หลังการทดลองเท่ากับ 6.93 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนมากขึ้น เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีความวิตกกังวลทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น และในส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ก่อนการทดลองเท่ากับ 7.93 หลังการทดลองเท่ากับ 7.53 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยลง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม หลังการทดลองน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ลดลง

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=30)

การศึกษาในกลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
เจตคติ	3.62	0.52	4.85	0.11	29	-13.510*
ความวิตกกังวล	5.73	4.04	1.27	1.36	29	7.825*
พฤติกรรมทางเพศ	9.40	2.31	14.20	0.93	29	-12.673*

* P < .01

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 3.62 หลังการทดลองเท่ากับ 4.85 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนมากขึ้นเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีเจตคติทางเพศสัมพันธ์ที่ดีมากขึ้นกว่าเดิม สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ก่อนการทดลองเท่ากับ 5.73 หลังการทดลองเท่ากับ 1.27 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยลง เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีความวิตกกังวลทางเพศสัมพันธ์ลดลง และในส่วนของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ก่อนการทดลองเท่ากับ 9.40 หลังการทดลอง 14.20 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนมากขึ้น เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีการทางสถิติ t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง การได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการทดสอบด้วยสถิติ Independent Samples t-Test ผลการทดสอบแสดงในตารางที่ 8, 9 และ 10

ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเจตคติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง การได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=30)

เจตคติ	\bar{X}	S.D.	df	t
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	3.61	0.31	58	0.109
กลุ่มทดลอง	3.62	0.52	58	
หลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	3.60	0.29	58	22.110*
กลุ่มทดลอง	4.85	0.11	58	

* $P < .01$

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยเจตคติทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 3.62 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.61 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนใกล้เคียงกัน เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ t-test พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีเจตคติทางเพศสัมพันธ์ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 4.85 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.60 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติ t-test พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีเจตคติทางเพศสัมพันธ์ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง การได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=30)

ความวิตกกังวล	X	S.D.	df	t
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	6.03	4.55	58	-2.70
กลุ่มทดลอง	5.73	4.04	58	
หลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	6.93	4.39	58	-6.758*
กลุ่มทดลอง	1.27	1.36	58	

* P < .01

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 5.73 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.03 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีการทางสถิติ t-test พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน แสดงว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลทางเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่เดียวกันพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 1.27 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.93 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติ t-test พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีความวิตกกังวลทางเพศสัมพันธ์ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมทางเพศ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง การได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n=30)

พฤติกรรมทางเพศ	\bar{X}	S.D.	df	t
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	7.93	3.32	58	1.985
กลุ่มทดลอง	9.40	2.31	58	
หลังการทดลอง				
กลุ่มควบคุม	7.53	3.28	58	10.723*
กลุ่มทดลอง	14.20	0.93	58	

* P < .01

จากตารางที่ 10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 9.40 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.93 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีการทางสถิติ t-test พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ในขณะที่เดียวกันพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังการทดลองเท่ากับ 14.20 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 7.53 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีการทางสถิติ t-test พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและเพื่อศึกษาเปรียบเทียบเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมุติฐานการวิจัย

1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ดีกว่ากลุ่มควบคุม

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามสมมุติฐานของการวิจัย ดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ดีกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 7) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 1 สามารถอธิบายได้ดังนี้

โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ดีขึ้น มีผลให้ความวิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ลดลง และมีผลให้มีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจดีขึ้นนั้น ด้วยเหตุว่าผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไปทำการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีความสนใจ และต้องการมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม อีกทั้งได้จัดทำสื่อเพื่อให้ความรู้เป็นคู่มือความรู้เรื่อง “เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมีเนื้อเรื่องส่งเสริมวัตถุประสงค์ของการสอนที่สามารถนำมาอ่านทบทวนทำความเข้าใจได้ง่าย

จากการที่ผู้วิจัยนำโปรแกรมดังกล่าวมาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้เพราะโปรแกรมดังกล่าวเป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ เป็นการสอน กระตุ้น และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับภาวะของโรค ซึ่งเป็นพื้นฐานความรู้ให้กับผู้ป่วยมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม (อภันตริ กรองทอง, 2544) ดังนั้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการสอนนั้น จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในเนื้อหาที่สอน เกิดการเชื่อมโยงประสบการณ์ และแนวทางการปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ ในการกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความสนใจและต้องการมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเท่านั้น ทั้งนี้เพราะการให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดหวังกเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง ลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น (Auerbach and Martelli, 1983 อ้างใน ทศนีย์ ภู่อ่างค์, 2546) ในส่วนของการสอนให้ความรู้ดังกล่าวถือได้ว่าเป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยได้ หรือมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านทักษะในการปฏิบัติตัวได้เป็นอย่างดี—สอดคล้องกับการกล่าวของ King and Tarsitano (1982) ที่กล่าวว่า ผลของการสอนให้ความรู้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยทั้งด้านความรู้ ทักษะในการปฏิบัติ และค่านิยม นอกจากนี้การสอนให้ความรู้ดังกล่าวยังเป็นการสนับสนุนทางจิตใจต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การให้ความรู้ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีสภาพอารมณ์ที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีรูปแบบการสอนแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การสอนรายบุคคลมีข้อดีคือ ผู้สอนและผู้ป่วยสามารถมองเห็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ทำให้การให้ความรู้ได้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด สามารถทำการประเมินการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ทันที เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้สอนกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะปรึกษาปัญหาส่วนตัว ผู้สอนมีโอกาสรอบถึงปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง และครอบคลุม สำหรับการสอนแบบรายกลุ่มมีข้อดีคือ สามารถทำการสอนได้คราวละหลายๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยน ความรู้ ความคิดเห็น ประสบการณ์ ระหว่างผู้ป่วยในกลุ่ม (สุคนธา ผดุงวัตร, 2537) สำหรับการจัดทำสื่อเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดทำเป็นคู่มือความรู้เรื่อง “เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมีเนื้อเรื่องส่งเสริมวัตถุประสงค์ของ

การสอนที่สามารถนำมาอ่านทบทวนทำความเข้าใจได้ สื่อการสอนมีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ สามารถที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (นที เกื้อกูลกิจกร, 2541) การเลือกสื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และประสบการณ์ในการเรียนรู้ของผู้ป่วยด้วยนั้น จะทำให้การเรียนรู้มีคุณค่าและได้ผลดียิ่งขึ้น (Allen, 1967 อ้างใน กิตานันท์ มลิทอง, 2536) อีกทั้งเนื้อหาในสื่อต้องมีความถูกต้องทันสมัย น่าสนใจ และมีการเรียงลำดับเนื้อหาที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้อย่างถูกต้องเป็นลำดับขั้นตอน และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น การสร้างคู่มือให้คำแนะนำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการแนะนำการปฏิบัติตนทางด้านเพศสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยได้อ่านทำความเข้าใจ มีความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ตลอดจนข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติที่ชัดเจน การมีหนังสือหรือคู่มือ การปฏิบัติตนจะเป็นการง่ายในการนำไปใช้ การให้ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญและเตรียมเผชิญเหตุการณ์นั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม (Leventhal & Johnson, 1983)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมุติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 8-10) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับ โปรแกรมดังกล่าว แต่จะได้รับคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเหตุผลที่ทำให้ผลการวิจัยออกมาเป็นเช่นนี้ ดังที่ได้อธิบายแล้วในสมมุติฐานข้อที่ 1 ส่วนเหตุผลเพิ่มเติมที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีเจตคติทางเพศสัมพันธ์ดีขึ้น มีความวิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ลดลง และมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นนั้น เพราะกลุ่มทดลองมีการวางรูปแบบโปรแกรมให้ความรู้ที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่เป็นเช่นนี้ เพราะกลุ่มทดลองนั้นมุ่งเน้นให้ผู้เรียนรู้ คือ ผู้ป่วยมีความรู้ มีเจตคติที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามความเหมาะสม กล่าวถึงความรู้ว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมเบื้องต้นที่ผู้เรียนสามารถทำได้หรือระลึกได้ด้วยการ

มองเห็น ได้ยิน ความรู้ชั้นนี้ คือ ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ กำจำกัดความ เมื่อบุคคลได้รับความรู้มาแล้ว ก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ สถิติปัญญา ตามลำดับขั้นตอนดังนี้คือ ผู้เรียน หรือผู้ป่วยได้รับความรู้หรือประสบการณ์ขึ้นมาใหม่ ผู้ป่วยมีการสังเกต ใช้ความคิด ใช้สถิติปัญญา สรุปความรู้และประสบการณ์ใหม่นั้นเป็นความรู้ความเข้าใจของตนเอง จากนั้นผู้ป่วยจะทดสอบ ความรู้ความเข้าใจของตนว่าถูกต้องหรือไม่ ถ้าตรวจสอบแล้วพบว่ามีความรู้ความเข้าใจถูกต้องกับ ผู้สอนหรือผู้ให้ความรู้ ผู้เรียนรู้อีกก็จะคงความรู้ความเข้าใจนั้นไว้ในสมองและสามารถนำไปปฏิบัติ เมื่อมีความจำเป็นได้ (จรรยา ดวงแก้ว, 2539) ดังนั้นความรู้ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งต่างๆจน เกิดความรู้ความเข้าใจ สามารถนำไปปฏิบัติได้ การจัดโปรแกรมให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์จึงเป็น แนวทางหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการนำไปใช้สำหรับการประพฤติดปฏิบัติ การที่ผู้ ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศสัมพันธ์จะนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นที่เชื่อกันว่าความรู้ เจตคติและการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน เจตคติมีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล และ ขณะเดียวกันการปฏิบัติของบุคคลก็มีผลต่อเจตคติของบุคคลนั้นด้วย ทั้งนี้ความรู้เป็นพื้นฐานใน การสนับสนุน มนุษย์ต้องการความสำเร็จในการมีเพศสัมพันธ์ เพศสัมพันธ์สอดคล้องในทุก ระดับความต้องการของมนุษย์ (Grimes & Burns, 1992 อ้างใน นิดา เขียวธำรงสุข, 2543) จากการ ศึกษาของ ศิริอร สินธุ (2526) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับความคิดเห็นของ Papadopocelos (1980) ซึ่งกล่าวว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความกดดันทั้งร่างกายและอารมณ์ อันเป็นผล ต่อเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้การลดบทบาทที่มีหน้าที่เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกระเทือน ใจต่อการเปลี่ยนแปลง ความต้องการทางเพศมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลทุกราย โดยเฉพาะ ในเพศชาย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนอกจากจะเกิดความอ่อนแอของร่างกาย จากการเป็นโรค ทำให้การมองภาพลักษณ์ของตนเองเสียไป ยังเกิดจากการขาดความรู้เรื่องเพศ สัมพันธ์ที่ถูกต้อง จากงานวิจัยเมื่อนำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจ ปรากฏว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลง ซึ่งอธิบายได้ว่า ความกลัวหรือความวิตก กังวลเป็นภาวะของความตึงเครียด เป็นแรงผลักดัน ความวิตกกังวลมีสาเหตุดั้งเดิมมาจากภายนอก เมื่อความวิตกกังวลถูกเร้าให้เกิดขึ้น มันจะสร้างแรงจูงใจให้บุคคลต้องทำอะไรบางอย่างเพื่อลด ภาวะดังกล่าว (Hall & Lindzey, 1970) ความกลัวหรือความวิตกกังวลในระดับต่ำจะทำให้บุคคล หรือผู้ป่วยเกิดความตื่นตัว ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆดีขึ้น มีความสามารถ ในการเรียนรู้ และความสามารถในการแก้ปัญหาดีขึ้น และยังก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในตัว บุคคล ที่สำคัญความกลัวหรือความวิตกกังวลเป็นแรงจูงใจที่มีพลังเข้มแข็งในการปรับเปลี่ยนพฤติ กรรมสุขภาพ (วสัน ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2542)

ในส่วนพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมทางเพศ สัมพันธ์ที่เพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมนั้น อธิบายได้ว่าผลของโปรแกรมการให้ความรู้ดังกล่าวส่งผล

ให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยที่การเรียนรู้จากโปรแกรมทำให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุงนั้นมักเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้มากกว่าพฤติกรรมที่เกิดจากสัญชาตญาณ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2539) และพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่จำเป็นต้องมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ไม่ได้มีติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เกิดจากการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติ (Kelley, 1979) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดควมมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกภาคภูมิใจและมีคามมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเอง ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง สามารถควบคุมตนเองได้ ตลอดจนลดความรู้สึกกลัวหรือวิตกกังวล ความเครียด และความรู้สึกกดดันลง นอกจากนี้พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการกระทำในด้านบวกกับคู่ครอง มีการสื่อความหมายกับคู่ครอง ได้ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง จึงนำไปสู่การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและคู่ครอง ลดความขัดแย้งระหว่างคู่สามีภรรยาลงได้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ให้แก่กลุ่มทดลองนั้นได้นำภรรยาของผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทในการได้รับความรู้ คำแนะนำจากโปรแกรมเช่นกัน เนื่องจาก Papadopoulos, Larrimore, Cardin and Shelley (1980) พบว่า ถ้าคู่ครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับการอธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางเพศลดลง ก็จะทำให้คู่ครองของผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการมีเพศสัมพันธ์ได้ ทั้งนี้เพราะการสร้างคามเข้าใจจะนำไปสู่ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ในทำนองเดียวกัน Briggs (1994) กล่าวว่า คู่ครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายควรจะแสดงความรัก โดยแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขายังมีความสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดี ดังนั้นคู่ครองของผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองทางด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือถ้าคู่ครองของผู้ป่วยมีความเข้าใจเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยก็จะนำไปสู่การเอื้ออาทรในการมีเพศสัมพันธ์ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น

เรื่องเพศเป็นที่ยอมรับว่าสำคัญในการดำรงชีวิตและเป็นความสุขสมบูรณ์ในชีวิตคู่ อายุของกลุ่มสมรสจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญเช่นกัน ที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชายประสบความสำเร็จในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส จากทฤษฎีความเสื่อมและถดถอยของร่างกายเมื่อผู้หญิงมีอายุมากขึ้นหรือเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ของร่างกายรวมถึงระบบอวัยวะสืบพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง คือมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศช้าลง ปริมาณน้ำหล่อลื่นทำให้ช่องคลอดเล็กตึบแคบและแห้ง เยื่อช่องคลอดบางและฝ่อลงขณะร่วมเพศจะมีความรู้สึกเจ็บ (ผจงจิต อัสวิกุล, 2542) ซึ่งจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมทางเพศแตกต่างกันตามอายุและความสามารถในการสืบพันธุ์ซึ่งถูกจำกัดทางสรีรวิทยาอีกทั้งการแสดงออกทางเพศถูกจำกัดโดยสังคมและวัฒนธรรม (Reed & Lang, 1998) สาเหตุดังกล่าวอาจส่งผลให้กลุ่มทดลองซึ่งคู่สมรสมีอายุน้อยกว่ากลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมทางเพศที่ดีกว่า ซึ่งเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งในงาน

วิจัยครั้งนี้ คือไม่สามารถแบ่งกลุ่มคู่สมรสระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีอายุใกล้เคียงกันได้ แต่อย่างไรก็ตามคู่สมรสที่มีอายุมาก(วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย) หรือผู้สูงอายุมีความเป็นบุคคลเช่นในวัยอื่นๆ ซึ่งมีอารมณ์ต่างๆ ที่หลากหลายรวมทั้งการแสดงความรักและความรู้สึกทางเพศซึ่งมีอยู่ตลอดชีวิต (ผจงจิต อัสวิกุล, 2542) แต่จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น Laffin (1998) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความรู้สึกทางเพศต้องรู้จักการปรับเปลี่ยนแบบแผนทางเพศ ให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องเพศมาก จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับความสุขทางเพศในวัยสูงอายุ และการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เพื่อให้เกิดความสุขทางเพศมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เรื่องเพศน้อย และหาวิธีการสร้างความสุขความพึงพอใจทางเพศได้ดีกว่า ดังนั้นการให้ความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มีการดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมทางเพศอย่างมีความสุข อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีคู่สมรสอายุน้อยเชื่อว่ามีความสุขทางเพศหรือพฤติกรรมทางเพศที่ดีกว่าเสมอไป หากขาดความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ทั้งนี้เพราะคู่สมรสของผู้ป่วยอาจมีความเครียด ความกลัว หรือ ความวิตกกังวลว่าคู่ของตนจะมีอันตรายขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะทำให้ไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์กับสามี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schwab (1971) กล่าวว่า ผู้ป่วยและคู่สมรสที่มีความรู้ความเข้าใจดีจะมีความกลัวรู้สึกว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องไม่เหมาะสมอาจทำให้เสียชีวิตจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ เนื่องจากภาวะสุขภาพไม่ดี ความวิตกกังวลและอาการกลัวต่างๆจะเกิดขึ้นในคู่ครองของผู้ป่วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการกลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก หรือมีภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมทางเพศรวมถึงการกลัวว่าผู้ป่วยจะตายขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งทำให้คู่ครองรู้สึกเป็นหน้าที่ที่จะต้องปกป้องผู้ป่วยและความกลัวเหล่านี้จะทำให้คู่ครองของผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย (Bloch, 1975; Hellerstein, 1969)

ดังนั้นจากเหตุผลดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถทำให้ผู้ป่วยมีเจตคติที่ดีขึ้น มีความวิตกกังวลลดลงและมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ที่ดีขึ้น ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานที่ตั้งไว้

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า

1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไปใช้จริงในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความสนใจหรือมีปัญหาในเรื่องเพศสัมพันธ์

2. ควรจัดพิมพ์คู่มือความรู้เรื่อง “เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” เผยแพร่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศหญิงว่าผลที่ได้มีความแตกต่างจากเพศชายหรือไม่ อย่างไร

4. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อพัฒนารูปแบบของโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละโรคอย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น

5. ควรมีการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมพยาบาลหรือแพทย์เกี่ยวกับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อความรู้ เจตคติและคุณภาพในการบริการ

6. ควรมีการศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประสิทธิภาพของพฤติกรรมทางเพศ เพื่อศึกษาว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไรทั้งนี้จะมีผล ให้โปรแกรมดังกล่าวมีความน่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพในการนำไปใช้จริง

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤษณา สักดิ์ศรี. (2530). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: บำรุงสาสน์.
- กองสถิติกระทรวงสาธารณสุข. (2543). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2541. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์.
- กิดานันท์ มลิทอง. (2546). เทคโนโลยีศึกษาร่วมสมัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เอ็ดดิสันเพรส โปรดักส์.
- เขมิกา ยามะรัตและคณะ. (2542). สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย; ในรายงานการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ, (18-19 พฤศจิกายน): 269-289.
- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2541). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4. โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ยูทริเทอร์.
- คามินี ตะวันฉาย. (2537). Sex ในสายตาหญิง-ชาย. มุลนิธิเพื่อนหญิง, (28): 2-30.
- จรรยา ดวงแก้ว. (2539). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา รณฤทธิ์ชัย. (2536). อาการเจ็บหน้าอกและภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน จรัสวรรณ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สหประชาพานิชย์.
- จันทรา อัสวกุลกำเนิด. (2536). ทักษะ และพฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา สรายุทธพิทักษ์. (2539). การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิน แบร์รี่. (2540). คู่มือการฝึกทักษะให้การปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: กองสุขศึกษา.
- เฉลิมพล ดันสกุล. (2541). พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2541). ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2532). การปฏิบัติของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สุภาวนิชการพิมพ์.
- ดวงใจ รัตนธัญญา. (2545). สุขศึกษา หลักการและกระบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทัศนีย์ กู้ล่าอังก์. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมออกกำลังกายและการให้ความรู้สุขภาพต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทียนประภาส (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร.
- ธนิดา เขียรธำรงสุข. (2543). ประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นที เกื้อกูลกิจการ. (2541). การสอนผู้ป่วยในโรงพยาบาล. สงขลา: ชวนเมืองการพิมพ์.
- นิภา นิธยาชน. (2524). บุคลิกภาพและความวิตกกังวลของนักเรียนหญิง. การปรับตัวและบุคลิกภาพ: จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จิตวิทยาการศึกษา และการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2532). การพัฒนาการสอน. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. มหาสารคาม: สุริยศาสตร์.
- ประวิรัช ดันประเสริฐ. หัวใจในยุคไอเอ็มเอฟ ตอบโรคหัวใจ: มาตรการหมายเลข 1 ของคนไทย. ใกล้หมอ 23 (มีนาคม 2542): 27-28.
- ปริศนา วรนนท์. (2540). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พกา สัตยธรรม. (2524). หลักและวิธีการสอนทางสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์
- พวงจิต อัสวีกุล. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรค และความรู้เรื่องเพศ กับ พฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2544). ทฤษฎีการให้คำปรึกษาเชิงบำบัดด้วยเหตุผล-อารมณ์; ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรณี เจมจิต. (2538). จิตวิทยาการเรียนการสอน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: คอมแพคท์พริ้นท์.
- พรณี บัญชรหัตถกิจ. (2540). อนามัยโรงเรียน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). โรคหัวใจขาดเลือด. ในสมชาย โลจาระ; ดำรงโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.

- พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์. (2523). เอกสารประกอบการสมนาวิชาการเรื่องการผสมผสานความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์กับการพยาบาล. โรงเรียนพยาบาลคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี. (วันที่ 8-9 ธันวาคม): 1.
- ระพีพล คุญชร. (2543). การประชุมวิชาการ ACC 2000: (online) Available from: This is Google' cache of <http://www.thaiheartweb.com.acc 2000.html>.
- ลินจง โปธิบาล. (2538). ความชุกของปัจจัยเสี่ยงและรับรู้ ภาวะเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุไทย. พยาบาลสาร 22 (มกราคม-มีนาคม): 1-19.
- วสันต์ ศิปปสุวรรณและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2542). การวางแผนและการประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ. ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: เจริญภัทรพิมพ์.
- วันทนี วาสิกาสิน. (2526). ปัญหาพฤติกรรมทางเพศของมนุษย์กับงานสังคมสงเคราะห์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วินัส ลีพกุล. (2531). โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ;ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน. สารสภากาพยาบาล 11(กรกฎาคม-กันยายน): 39-45.
- ศิริอร สินธุ. (2526). ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภชัย ธนอมทรัพย์. (2546). โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตีบเฉียบพลัน; การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพญาไท 2 มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด. .
- ศุภชัย ธนอมทรัพย์. หัวใจในยุคไอเอ็มเอฟ ตอบโรคหัวใจ. ใกล้หมอ 23 (มีนาคม 2542): 34-35.
- สถิต วงศ์สุวรรณ. (2540). การพัฒนาศักยภาพ. กรุงเทพมหานคร: รวมสาส์น.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด:การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 14. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. .
- สมชาติ โลจายะและบุญชอบ พงษ์พานิช. (2536). การรักษาต่อเนืองในผู้ป่วยโรคหัวใจ; ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- สมชาย โลจายะและวิชัย ต้นไฟจิตร. (2535). ปัจจัยเสี่ยงกับโรคหัวใจขาดเลือด(ตอนที่ 2). คลินิก เล่ม 6 (กันยายน): 649-654.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมยศ วัฒนภิรมย์ และคณะ. (2539). รายงานการวิจัยเรื่องการให้เทคนิคการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเปลี่ยนมโนภาพแห่งตนของผู้ถูกควบคุมความประพฤติ. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายวิจัยกองวิชาการและแผนงาน กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2546). Instruction Manual July 2002; Acute coronary syndrome registry(ACS Registry). สวัสดิการวิชาการสพช.
นนทบุรี: โรงพิมพ์ยุทธริน

สุคนธา ผดุงวัตร. (2537). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด และความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกระดูกหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาลัษณ์มหิดล.

สุชาติ โสมประยูรและวรรณิโสมประยูร.(2521). เพศศึกษา ความรู้เรื่องเพศ และการสอนเพศศึกษา. . กรุงเทพมหานคร:ไทยวัฒนาพานิช.

สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล. (2540). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพจ ศรีมหาโชติ. (2544). การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด; คู่มือการใช้ยาทางอายุรกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพรรณิ เลิศผดุงกุลชัย. (2538). การสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภารี กาญจนนารี. (2539). การดูแลผู้สูงอายุในสมจิตร หนูเจริญกุล(บรรณาธิการ). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: วีเจพรินติ้ง.

สุนนา ชมพูทวีป. (2541). การเชื่อมสมรรถภาพทางเพศ. ในเอกสารการประชุมเรื่อง การให้คำปรึกษาปัญหาทางเพศรุ่นที่ 3. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุเอ็ด คชเสนีย์. (2531). โรคหัวใจขาดเลือด. คลินิก 4. (พฤษภาคม): 337-340.

อนเนก อารีพรคและสุวัทนา อารีพรค. (2525). เรียนรู้เรื่องเพศ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภันตรี กรองทอง. (2544). ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความเหน็ดเหนื่อยในผู้ป่วยมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อภิชาติ สุคนธรสรพ์และสรันย์ ควระประเสริฐ. (2546). New Guidelines in coronary Artery Disease. เชียงใหม่: ไอแอมออแกนไนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง.
- อัจฉรา เศรษฐพิทักษ์ และคณะ. (2543). มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.
- อารี พันธุ์มณี. (2534). จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: บริษัทตันอ้อ จำกัด.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). การพยาบาลโรคหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง. ภาควิชาพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: บริษัทลิบบราเดอร์การพิมพ์จำกัด.
- อุษา จันทวิเศษ. (2540). การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอี่ยมจิต ดีศรีแก้ว. (2524). ผลของการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมในการแสดงออก ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม บุคลิกภาพ และความวิตกกังวลของนักเรียนหญิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ภาษาอังกฤษ

- Albarran, J. W., & Bridger.S. (1997). Problem with providing education on resuming sexual activity after myocardial infarction developing written information for patients. Intensive and critical care nursing, 13 (3). 2-11.
- American College of Cardiology. (2000). (ACC). Sex and Cardiac heart disease. (online)Available from: <http://www.thaiheart web.com/acc 2000.htm>. (2003, Feb12).
- American Heart Association. (1991). Cardiovascular disease. (online)Available from: <http://www.americanheart.org/Heart and Stroke A Z Guide/cvds.html> (1999, Dec 28).
- Annon , J. (1976). The behavioral treatment of sexual problem: Brief therapy. New York: Harper and Row.
- Ausubel, D.P. (1968). Educational psychology; A cognitive view. New York: Holt Rine hart and Winston.
- Baggs, J. (1986). Nursing diagnosis: Potential sexual dysfunction after myocardial infarction. Dimension critical care nursing, 5(3), 178-181.
- Bakker, C. B. (1970). Heart disease and response to question, Human Sexuality, (June),24.
- Barfante, R., Reed, D., & Frank, J. (1991). Does cigarette smoking have and independent in the elderly. American Journal and Public Health, 81(July), 897-899.

- Barrett, C. E., & Bush T. L. (1991). Estrogen and coronary heart disease in woman. JAMA; 265, 1861-7.
- Beach, E. k., Maloney, B. H., Plocica, A. R., Sherry, S. E. Weaver, M., Luthringer, L., & Utz, S. (1992). The spouse: A factor in recovery after acute myocardial infarction. Heart and Lung, 21(1), 30-38.
- Beare, G. P. & myer, J. L. (1994). Adult health nursing, 2 nd. USA: Mosby year book, Inc.
- Beddon, J. (1997). Allevating pre-Operative anxiety in patient: A study. Nursing Standard, 11 (37), 35-38.
- Bild, D. E., and other. (1993). Age-related toend in cardiovascular morbidity and phisical functioning in the elderly: The cardiovascular health study. American Geniatric Society, 40(October), 1047-1056.
- Blacher, R. S. (1975). Impotence after cardiovascular surgery. Medical Aspects of Human Sexuality, 9(January), 65.
- Bloch, A., Maeder, J. P., & Haissly, J. C. (1975). Sexual problems after myocardial infarction. American Heart Journal, 90(4), 536-537.
- Boersma, E., Maas, A. C., Deekers, J. W., & Simoons, M. L. (1996). Early thrombolytic treatment in acute myocardial infarction: reappraisal of the golden hour. Lacet, 348, 774-5.
- Boykoff, S. L. (1989). Strategies for sexual counseling of patient following a myocardial infarction. Dimension of Crinical Care Nursiung, 8(6), 363-373.
- Bretschneider, J. G. & McCoy, N. L. (1983). Sexual interest and behavior in healthy 80-to 102-year-olders. Archives of Sexual Behavior, 17(2), 109-129.
- Brigg, L. M. (1994). Sexual healing: Caring for patients recovering from myocardial infarction. British Journal of Nursing, 3(6), 837-842.
- Burke, L. E. (1990). Cardiovascular disturbances and Sexuality. In C. I. Fogel and D.Lavver.(Eds), Sexual health promotion. New York: W. B. Saunders, 360-371.
- Burnside, J. (1991). Clinical management of patient receiving thrombolytic therapy; Heart and Lung, 20 (September), 552-563.
- Carison, E. V., Braun, L. T., & Burke, G. L., and other. (1999). Diabetes and cardiovascular disease. Circulation, 100, 1134-46.
- Carolyn, B. B., & Thomas, P. H. (1971). Issues raissd in a group setting by patient recovering from myocardial infraction; American Journal Psychiatric, 128(July), 75.
- Charithriraphan, S. (1996). Obesity and the heart. Internal Medicine 2. (April-May), 11-116.

- Cohen, J. (1980). Sexual counseling of the diagnosis: Potential sexual dysfunction after myocardial infarction. Critical Care Nursing, 6(6), 18-27.
- Collier M. C., and others. (1979). Brief Sexuality counselling during cardiac rehabilitation. Heart and Lung, 8(Jan-Feb), 124.
- Denny, N. W., & Quadagno, D. (1992). Human sexuality. St Louis: Mosby-year book.
- Devine, E., & Cook, T. (1983). Preoperative Nursing. In Lunkmann and Sorensen, (Eds). In Lunkmann and Sorensen's medical-surgical nursing. A psychophysiologic approach. Forth edition. Philadelphia: W. B. Saunders, 407-409
- Draoup. K. & Moser, D. K. (1995). Cause of delay in seeking treatment for heart attack symptoms; Social Science Medicine, 40, 379-392.
- Duryee, R. (1992). The efficacy of inpatient education after myocardial infraction. Heart and Lung, 21(3), 217-258.
- Eisenberg, M. D. (1980). Therapeutic approaches to counseling. Philadelphia: Lippincott, 278-279.
- Eliopoulos, C. (1993). Gerontological nursing. 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott company, 112-117.
- Eloit, R. S., & Miles, R. R. (1925). Advising the cardiac patient about sexual intercourse. Medical Aspect of Human Sexuality, 9, 49-51.
- Feldman, E. B. (1980). Does nutrition play a role in cardiovascular disease. Geriatrics, 35 (July), 65-75.
- Ferrini, A. F. & Ferrini, R. L. (1993). Sexuality. In Roger, C., editor, Health in the later year. U.S.A.: WCB/McGraw-Hill, 356.
- Froelicher, E. S., Kee, L. L., Newton, K. M., & Livingston, M. (1994). Return to work, Sexual activity, and other activities after acute myocardial infarction. Heart and Lung, 23(5), 423-435.
- Garmel, C., Davis, B. D., & Hengeveld, M. (1993). Nurses provision of teaching and counseling on sexuality: A review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 18, 1219-1227.
- Gerrity, T. H., and other. (1990). The association between behavior and change coronary risk factor among young adults. American Journal of Public Health, 80 (November), 1354-1356.
- Goldman, H. (1994). Myocardial infraction-diagnosis and treatment. Nursing Time. (90 c 16) Apr., 33-37.

- Gondex, M. C. (1999). Database: Academic Search Elite. Apost-MI script: Talking About Sex, 7(62), Jul.
- Granger, C. B. (1994). Thrombolytic therapy; In current review of Interventional cardiology. Edited by E. J. Topol. Philadelphia: Current medicine, 502-515.
- Green, A. W. (1975). Sexual activity and post myocardial infarction. American Heart Journal, 85, 246-252.
- Green, A. W. (1975). Sexual activity and the post myocardial infarction. American Heart Journal, 85(Feb), 246-252.
- Griffith, E. (1988). No sex please we're over 60!. Nursing Times, 84(1), 340-350.
- Gulledge, A. D. (1979). Psychological aftermaths of myocardial infarction. Psychological aspects of myocardial infarction. Edited by Gentry, W. D. & Williams, R. B. St. Louis: The C. V. Mosby company, 133.
- Gupta, M. C., & Singh, M. (1982). Post-infarction activity. Journal of The Indian Medical Association, 79, 45-48.
- Guzik, H. J., and other. (1992). Hypertension: Cardiovascular implication in cohort of old. American Geriatric Society, 40(April), 348-353.
- Guzzetta, C. R. (1979). Relation between stress and learning advance in Nursing science. Cited in Duryee, R. (1992). The efficacy of inpatient education after myocardial infarction. Heart and Lung, 21(3), 217-225.
- Hall, C., & Gardner, L. (1970). Theories of personality. New York: John Wiley and Sons.
- Hall, C., & Lindzey, G. (1970). Theories of personality. New York: John Wiley and Sons.
- He, J., Vapputuri, S., Allen, K., and Other. (1999). Passive smoking and the risk of coronary heart disease-a meta-analysis of epidemiologic studies. N. Eng J Med, 340, 920-6.
- Hellerstein, H. K., & Friedman, E. F. (1970). sexual activity and post coronary patient. Archives Intern Med, 125(June), 987-999.
- Hellerstien, H. K., & Friedman E. J. (1970). Sexual activity and the Postcoronary patient; Archives of Internal Medicine, 125(Feb), 280-293.
- Hill, B. J. (1982). Sensory information, behavioral intrusion and coping with sensory alteration surgery. Nursing Research, 31(1), 17-21.
- Hogan, R. H. (1990). Sexuality in nursing. Philadelphia: Lippincott, 5-10.
- Horgan, J., & Craig, A. (1978). Resumption of sexual activity after myocardial infarction. Journal of The Indian Medical Association, 71, 540-542.

- Hulley, S. Grady, D., Bush, T. and others. (1998). Randomize trail of estrogen plus progesterin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal woman. Heart and estrogen /Progesterin Replacement study(HERS) Research Group. JAMA, 280, 605-613.
- James, E. M. (2000). Tringgering of cardiac events by sexual activity: findings from a cax-croosover analysis. The American Journal of Cardiology.
- Joarsma, T., Dracup, K., Walden, J., & Stevenson, L. W. (1996). Sexual function in patients with advanced heart failure. Heart and Lung, 25(4), 262-270.
- Johnson, B., Conwell, J. D., Watt, E. W., & Fletcher, G. F. (1978). Sexual activity in excercising patients after myocardial infarction and revascularzation. Heart andLung, 7(6), 1026-1031.
- Jonhson,B. K. (1996). Older Adult and Sexuality: A Multidimensional Perspective. Journal of Gerontological Nursing, (february), 6-15.
- Kaye, R.A. (1993). Sexuality in the later years. Aging and Society, 13, 415-426.
- Kelly, C. (1979). Assertion training: A facilitator's guide. California: University Associates, Inc.
- Kelly, G. F. (1988). Sexuality today: The human perspective. 3 rd ed. U.S.A.: The Dushkin publishing group, Inc.
- Ketchadorian, H. A., Lunde, D. T., & Trotter, R. (1979). Human sexuality. 2nd ed. USA: Holt, Rineheart and Winston, 42-44.
- Kiney, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W.B. Sunders company, 343.
- King, I., &Tarsitano, B. (1982). The effects of structured and unstructured pre-operative teaching: a replication. Nursing Research, 31(6), 324-329.
- Kirkendall, Z. A. (1965). Sex education. New York: SIECUS, 1.
- Klein, R. F. et al. (1965). The Physician and post myocardial infarction invalidism. JAMA, 194, 85.
- Kolodny, R. C., Master, W. H., Johnson, E., & Biggs, M. A. (1979). Text book of human sexuality for nurses. Baston: Little Brown.
- Laffin, M. T. (1998) . Promotion the Sexual Health of Geriatric Patients. In Allender, J. A. and Roctor ,C. L., editor ,Readings in gerontological nursing , Philiadelphia : Lippincott , 100-110
- Lange, A. J., & Jakubowski , P. (1976). Responsible assertive behavior. Illinois: Research press.

- Larson, J. L., Menaughton, M. W., Kennedy, J. W., & Mansfield, L. W. (1980). Heart rate and blood pressure response to sexual activity and stair-climbing test. Heart and Lung, 9, 1025-1030.
- Larson, J. L., MoNaughton, M. W., Kennedy, J. W., & Mansfield, L. W. (1980). Heart rate and blood pressure response to sexual activity and a stair-climbing test. Heart and Lung, 9, 1025-1030.
- Leaf, D. A. (1994). Lipid disorder: Applying new Guidelines to year older patients. Geriatrics, 49(May), 33-40.
- Leon, A. S., & Connett, J. (1991). Physical activity and 10.5 year motility and multiple risk factor intervention trial. Int J Epidemiol , 20 , 690-7.
- Leventhal, H., & Johnson, J. E. (1983). Laboratory and experimental of theory of self regulation. In Wooldridge, P. T., (Eds). Behavioral science and nursing theory. St.Louis Mosby, 189-282.
- Lion, E. M. (1982). Human sexuality in nursing process. New York: A Wiley Medical Publication, 8.
- Luckenette, G. A. (1996). Gerontological nursing. St. Louis: Mosby year book.
- MacMahon S., Peto R., Cutler J., and Other. (1990). Blood pressure, stroke, and cardiovascular disease, part 1: prolonged differences in blood pressure ; prospective Observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet, 335, 756-74.
- Master W. H. & Johnson, V. E. (1996). Human sexual response. Boston, Little Brown, 182-188.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1981). Sex and the aging process. Journal of The American Geriatrics Society, 29(9), 385-390.
- Mc Cann, M. E. (1976). Sexual healing after heart attack. American Journal of Nursing, 9(3), 274-277.
- McCann, M. E. (1989). Sexual Healing After Attack. American Journal of Nursing. 89, 1133-1138.
- Micheal M. D. (1980). Rehabilitation of the cardiac patient the effect of exercise. American Journal Nursing, 80 (March), 435-436.
- Miller, M., & Gottlieb, O. S. (1991). Preventive maintenance of the aging heart. Geriatrics, 47(July), 22-30.

- Moor, K., folk-lighty, M., & Nolen, M. J. (1977). The toy of sex after a heart attack; Counseling the cardiac patient, Nursing, 77 (June), 53-55.
- Nachtigall, E. L., & Nachtigall, B. L. (1990). Protecting Older woman from growing risk of cardiac disease. Geriatrics, 45(May), 24-34.
- Nenger, N. K. (1997). Coronary heart disease: An older woman's major health risk. BMJ, 25 (October), 1085-1089.
- Paffenbager, R. S., and Other. (1993). The association of changes in Physical-activity level and other litertyle characteristic with mortality among men. The New England Journal of Medicine. 25(February), 538-544.
- Papadopulos, C. (1980). Cardiovascular drugs and sexuality: A cardiologist's review. Archives of International Medicine, 140, 1341-1345.
- Papadopulos, C., Beaumont, C., Shelly, S. I., & Larrimore, P. (1983). Myocardial infarction and sexual activity of female patient. Archives of International Medicine, 143, 1528-1530.
- Puksta, N. S. (1997). All about sex...often a coronary. American Journal of Nursing, 77, 602-605.
- Rasof, M. L., & Gorbien, M. J. (1997). Quality of life in elderly patient with heart disease. In Kaiser, F. A., & other editors, Cardiovascular disease in older people. VSA: Springier publishing company , 426-438.
- Reed, R., & Lang, T. A. (1987). Health behavior. 2nd ed. USA: West publishing company, 206.
- Ritchie, D. (1995). Chest pain: How to distinguish between cardiac and noncardiac causes. Geriatrics, 50(September), 32-40.
- Rogers, C. (1961). On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosalyn, J. W. (1976). Sexuality and the middle-aged cardiac patient. Nursing Clinic of North America, 11(June), 350-351.
- Rosen, J. L., & Bibring, A. L. (1966). Psychological reaction of hospitalize male patients to a heart attack. Psychosomatic Medicine, 28, 435-438.
- Scalzi, C. (1982). Sexual counseling and sexual therapy for patients after myocardial infarction. Cardiovascular Nursing, 18, 13-17.
- Scalzi, C. (1982). Sexual counseling and sexual therapy for patient after myocardial infarction. Cardiovascula Nursing, 18, 13-17.

- Scalzi, C., & Dracup, K. (1978). Sexual counseling of coronary patients. Heart and Lung, 7(5), 840-845.
- Schmit, F. E., & Wooldridge, P. S. (1997). Psychological preparation of surgical patients. Applied Nursing Research, 22, 108-106.
- Schnall, L. P., and other. (1990). The relationship Between "Job strain" workplace diastolic blood pressure and Left ventricular mass. Index. JAMA. 11, (April), 1929-1935.
- Segev, U., & Schlesinger, Z. (1981). Rehabilitation of patients after acute myocardial infarction and Interdisciplinary Family oriented program, Heart and Lung, 10(September-October), 841.
- Seidl, A., Bullaugh, B., Haughey, B., Seherer, Y., Rhodes, M., & Brown, G. (1991). Understanding the effects of a myocardial infarction on sexual functioning: A basis for sexual counseling. Rehabilitation Nursing, 16(5), 255-264.
- Sheehan, D. (1974). Sex after cardiac surgery; Medical Aspects of Human Sexuality, 84(February), 150.
- Sherwood, J. B. (1996). It's safe to enjoy sex after to a heart attack. Modern Medicine. [On-line serial]. Available E-mail: chost @ epnet.com.
- Simon, L. A., and Others. (1991). The Dubbstudy of the health elderly: Correlates of coronary heart disease at study entry. American Geriatric Society, 39, (June), 584-590.
- Sjogren K., & Fugi-Meyer, A. (1983). Some factors influencing quality of sexual life after myocardial infarction. International Rehabilitative, 5(19), 197-201.
- Somtora, J. (1989). Sexuality and Sexual function. In S. S. Dittmar(ed.), Rehabilitation nursing process and application. New York: C.V. Mosby, 407-429.
- Stampfer, M.J., Colditz, G.A. Willett, w.c. and other. (1991). Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease: ten-year follow up from the Nurses. Health study, N Engl J Med, 325, 756-62.
- Stanley, M. (1995). Gerontological nursing. Philadelphia: F. A. Davis, 190.
- Steinberge, D., Pearson, A. T., & Kuller, H. L. (199d1). Alcohol and atherosclerosis. Annals of Internal Medicine, 114, (June), 967-975.
- Steinke, E., & Petterson, P. (1995). Sexual counseling of myocardial infarction patients by cardiac nurses. Journal of Cardiovascular Nursing, 10(1), 81-87.
- Supennarath, S. (1982). Understanding the sexual needs of the Older patient. The Canadian Nurse, (July / August), 25-29.

- The health benefits of smoking cessation. (1990). A report of surgeon General. Washington, DC: US Department of health and human services, US Public Health Services, Center for Disease Control and Prevention, Office on smoking and health.
- Thmpson, D. (1980). Sexuality activity following acute myocardial infarcion in the male. Nursing Times, 77(45), 1965-1967.
- Trap-Jensen, J. (1988). Effect of smoking on the heart and peripheral circulation. American Heart Journal. 115(January), 263-266.
- Turner-Boutle, M. (1998, Apr.) Cholesterol and coronary heart disease: Screening and treatment. Nursing Times, 94 (15), 46-47.
- Tuttle, W., Cook, W., & Fitch, E. (1964). Sexual behavior in post myocardial infarcion patient. American Journal of Cardiology, 13(40), 140-145.
- Veronika B., & France K. (1996). Psychosocial factors of coronary heart disease in woman: A review. The Netherlands and Faculty of social and behavioural sciences of health psychology, leiden University.
- Vitello-C., & Morrissey, A. M. coronary artery disease; In AACN's clinical reference of critical care nursing. Edited by M.R. Kinney. St.Louis: Mosby Year book, Inc, 509-565.
- WHO technical report. (1995). Epidemyology and prevention cardiovascular disease in elderly people. Swizerland: Geneva, 8-24.
- Willett, W. C., Manson, J. E., stamfer, M. J., and other. (1995). Weigh change and coronary heart disease in woman: Risk within the "normal" weigh rage. JAMA, 273, 461-6.
- Wishnie, H. A., Hackett,T., & Cassen, N. H. (1971). Psychological hazard of convalessense following myocardial infarcion. JAMA, 215, 1292-1295.
- Wishnie, H.A., Hackett, T.D.,& Cassem, N.H. (1971). Psychological hazard of Convalessense following myocardial infraction. JAMA, 215(February), 1294-1295.
- Woman's health Initiative investigator. (2002). Risk and benefit of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal woman. Principle result from the woman's health Initiative randomized control trial. JAMA, 288, 321-33.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาแพศศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 88145

ที่ พศม

/ 2546

วันที่

พฤศจิกายน 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการขอความร่วมมือศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากโรงพยาบาล
ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ตามที่ นายวินิตย์ หลงละเลิง นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาแพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อทัศนคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” มีความประสงค์จะเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการศึกษาให้โปรแกรมดังกล่าวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ณ แผนกหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) อายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ด้วยเป็นแผนกที่มีความเหมาะสม และมีจำนวนประชากรที่เพียงพอในการศึกษาวิจัยดังกล่าว

จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์บัณฑิตวิทยาลัย แจ้งขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในการขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล และศึกษาให้โปรแกรมดังกล่าวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2546 ถึงเดือน มีนาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ด้วย จักขอบคุณยิ่ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต)

ผู้อำนวยการหลักสูตรสหสาขาวิชา

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาแพศศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาแพศศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 88145

ที่ พศม

/ 2546

วันที่

พฤศจิกายน 2546

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์อนุมัติอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ตามที่ นายวินิตย์ หลงละเลิง นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาแพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อทัศนคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ พีระพงศ์ กิติภาวงศ์ แพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ด้วยเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องการศึกษาวิจัยดังกล่าว

จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์บัณฑิตวิทยาลัย แจ้งขออนุมัติบุคลากรจาก คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต)

ผู้อำนวยการหลักสูตรสหสาขาวิชา

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาแพศศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาแพทยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 88145

ที่ พสม

/ 2546

วันที่

พฤศจิกายน 2546

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ตามที่ นายวินิตย์ หลงละเลิง นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาแพทยศาสตร์ (สหสาขาวิชา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อทัศนคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ดังมีรายชื่อต่อไปนี้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

1. อาจารย์นายแพทย์ อติชัย บัวคำศรี แพทย์โรคหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. นางสาวสุนีย์ เอี่ยมศิริบุญกุล พยาบาลหัวหน้าแผนกงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
3. ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ นิกร คูตติสิน ที่ปรึกษาสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นางไพลิน ศรีสุขโข นักวิจัยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์บัณฑิตวิทยาลัย เรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต)

ผู้อำนวยการหลักสูตรสหสาขาวิชา

หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาแพทยศาสตร์



งานสารบรรณและธุรการ รพ.ช.	114
รับที่ 3676/46	
วันที่ 27 S.A. 2546	
เวลาที่ 14.30	

ที่ ศธ 0512.5/114-๘

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท กรุงเทพฯ 10330

๑๒ ธันวาคม 2546

ฝ่ายการพยาบาล รพ.ช.	
รับที่ 10494	
วันที่ 26 S.A. 2546	
เวลาที่ 14.30 น.	

เรื่อง ขอความร่วมมือในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เนื่องด้วย นายวินิตย์ หลงละเลิง นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
 แพศศาสตร (สหสาขาวิชา) กำลังดำเนินการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์
 ต่อทัศนคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี
 รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
 นายแพทย์ พิระพงค์ กิติภาวงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม มีความประสงค์จะเก็บรวบรวม
 ข้อมูล และทำการศึกษากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของแผนกหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) ซึ่งเป็น
 แผนกที่มีความเหมาะสม และมีจำนวนประชากรที่เพียงพอในการศึกษาวิจัยดังกล่าว

เพื่อให้การวิจัยดังกล่าวมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงใคร่ขออนุญาตจากท่านให้ นายวินิตย์
 หลงละเลิง นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาแพศศาสตร (สหสาขาวิชา) เก็บรวบรวมข้อมูล
 และให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในระหว่างวันจันทร์ที่ 15 ธันวาคม 2546 ถึง
 วันพุธที่ 31 มีนาคม 2547 ณ แผนกหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) อายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์
 เฉลิมพระเกียรติ

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
 และขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

เรียน รองผู้อำนวยการ
 เพื่อโปรดพิจารณา
 อนุมัติให้ นายวินิตย์ หลงละเลิง
 เข้ามาเก็บข้อมูลและให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา
 กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ณ แผนกผู้ป่วยนอก -
 31 สิงหาคม 2547 ณ แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ณ

ขอแสดงความนับถือ

 (ศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา กิระนันทน์)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานมาตรฐานการศึกษา
 โทร.0-2218-3529-30
 www.grad.chula.ac.th
 E-mail : grad @ chula.ac.th

๑๙
 ๑๕/๑๒/๔๖

๒๕ ส.ค. ๒๕๔๖



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ศาสตราจารย์กิตติคุณนายแพทย์นิกร คุสิตสิน ที่ปรึกษาสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดิลก ภิกขโยทัย แพทย์โรคหัวใจ
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. อาจารย์นายแพทย์อดิศักดิ์ บัวคำศรี แพทย์โรคหัวใจ
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. อาจารย์นายแพทย์พิสิษฐ หุตะยานนท์ แพทย์โรคหัวใจ
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
5. นางไพลิน ศรีสุขโข นักวิจัยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. นางสาวสุนีย์ เข็มศิริภูกุล พยาบาลหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
โรคหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระ-
เกียรติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ทศนคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของCronbach alpha coefficient

(ยูวดี ภาษาและคณะ, 2543)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

α = สัมประสิทธิ์ Cronbach alpha coefficient

K = จำนวนข้อสอบทั้งหมดในแบบประเมิน

$\sum Si^2$ = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนที่สอบได้

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร (ยูวดี ภาษาและคณะ, 2543)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

\bar{X} = ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3. คำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตร (ภัทรานิคมานนท์, 2540)

$$S.D. = \sqrt{\frac{N\sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

4. เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สูตร Dependent t-test (ยูวดี ภาษาและคณะ, 2543)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n\sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}}$$

df = (n-1)
 D = ผลต่างของคะแนนแต่ละคู่
 n = จำนวนคู่
 df = องศาแห่งความอิสระ

5. เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สูตร Independent t-test (ยูวดี ภาษาและคณะ, 2543)

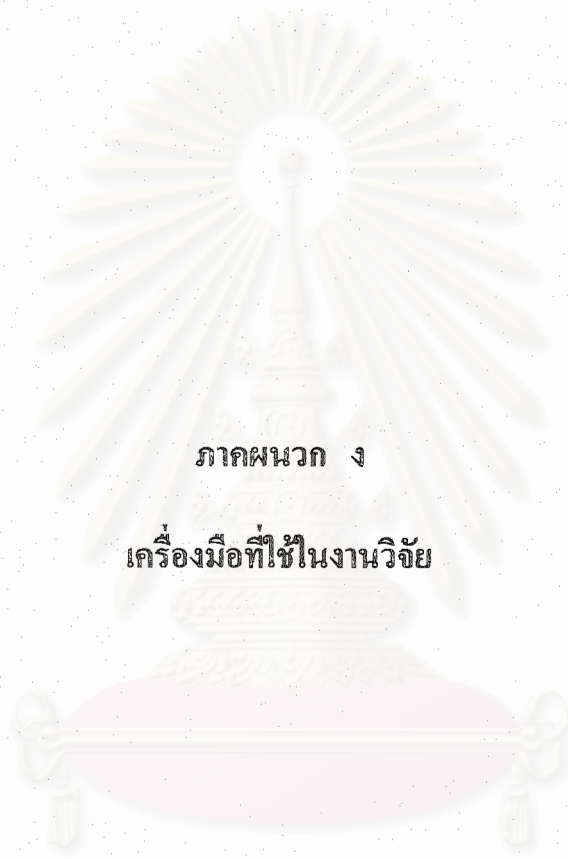
$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{\sum X_1^2 - \sum X_2^2}{N(N-1)}}}$$

df = 2N-2

เมื่อ \bar{X}_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1
 \bar{X}_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 2

$\sum X_1^2$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มที่ 1 ยกกำลังสอง
 $\sum X_2^2$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มที่ 2 ยกกำลังสอง

df = องศาแห่งความเป็นอิสระ
 N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร

การวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อทัศนคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

เรียน อาสาสมัครทุกท่าน

ท่านเป็นผู้ได้รับเชิญจากคณะผู้วิจัย ให้เข้าร่วม โครงการประเมินผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อทัศนคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าว ขอเรียนให้ท่านทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของโครงการวิจัยในครั้งนี้ก่อน

ข้อมูลเบื้องต้น

ในปัจจุบันโรคหัวใจเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆของประเทศต่างๆทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกๆปี และพบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ เราอาจจะเคยได้ข่าวเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจจะทำให้เกิดการตายคาอภเกิดขึ้น บางรายเข้าใจว่าการปฏิบัติทางเพศเป็นสิ่งที่อันตรายทำให้สุขภาพของตนเองเสื่อมโทรมลง คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ใช้พลังงานยิ่งกว่าการเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก ซึ่งจะทำให้หัวใจทำงานหนักนำไปสู่การเจ็บหน้าอก และการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น สำหรับในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจมักจะหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากมีความกลัวว่าจะเกิดภาวะหัวใจวายขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ทำให้คนที่ป่วยโรคนี้มักจะขาดความสุขของชีวิต กินไม่ได้ นอนไม่หลับ มีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ เฝ้าแต่คิดว่าตนเป็นโรคหัวใจอยู่ตลอดเวลา มีความวิตกกังวลสูง และจิตใจห่อเหี่ยว ทำให้ความฟิต ความกระปรี้กระเปร่าของร่างกายน้อยลงไป สมรรถภาพทุกอย่างของร่างกายจึงพลอยเสื่อมถอยไปรวมถึงสมรรถภาพทางเพศ ในขณะที่เดียวกันคู่ครองของผู้ป่วยมักจะประสบความรู้สึกกลัวการมีเพศสัมพันธ์เช่นเดียวกันเพราะกลัวว่าคู่สมรสจะเกิดอันตราย จึงพยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย ปัญหาทางเพศจึงสร้างความคับข้องใจแก่ตัวผู้ป่วยและคู่ครอง เมื่อปัญหาสะสมนานวันเข้าผู้ป่วยอาจจะรู้สึกด้อยคุณค่าในความเป็นชายหรือความเป็นหญิง ขาดความภูมิใจในตนเอง และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและคู่ครองเห็นห่างนำไปสู่การแตกร้างของครอบครัวในที่สุด

แม้เรื่องเพศจะเป็นเรื่องที่ยอมรับว่าสำคัญในการดำรงชีวิต และเป็นความสุขสมบูรณ์ของชีวิตคู่ แต่ในสังคมไทยมีความเชื่อและยึดถือปฏิบัติมาว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัวเป็นเรื่องลับเฉพาะบุคคลพยายามหลีกเลี่ยงการสนทนาโต้ตอบในเรื่องเพศอย่างเปิดเผย จึงทำให้เรียนรู้เรื่องเพศน้อย

และบางครั้งเรียนรู้ไม่ถูกต้อง จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย จึงนำไปสู่พฤติกรรมที่ถดถอยทางเพศในรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป ตามความเชื่อในแต่ละบุคคลซึ่งในความเป็นจริง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยต้องการความรู้ในเรื่องเพศสัมพันธ์หลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ทั้งนี้ทางด้านองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของคนไทย มีอยู่น้อยมากไม่เพียงพอสำหรับการเข้าถึงการตอบสนองด้านเพศสัมพันธ์ ตลอดจนความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความมุ่งมั่น ที่จะสร้างโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขึ้น และทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมต่อ ทักษะคิด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้ได้จริง อีกทั้งเป็นแนวทางในการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างมีประสิทธิภาพและแพร่หลายมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ทักษะคิด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบทักษะคิด ความวิตกกังวลต่อเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการศึกษา

แบ่งอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่ได้รับการประเมินจากแพทย์โรคหัวใจว่ามีความพร้อมทางด้านร่างกาย สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินด้วยการตอบแบบสอบถามทักษะคิด ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากนั้นจะจัดแบ่งกลุ่มออกเป็นกลุ่มย่อยๆกลุ่มละ 6-10 คน โดยใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 4 ครั้งๆละ 60 นาที ในแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งหมด 4 ครั้ง ผู้ป่วยจะต้องนำคู่มือเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้อย่างน้อย 1 ครั้ง แต่จะไม่มีประเมินผลคู่มือแต่อย่างใด หากผู้ป่วยและคู่มือไม่กล้าเข้าร่วมโปรแกรมแบบกลุ่มดังกล่าวข้างต้น ก็จะทำให้ความรู้เป็นรายบุคคลแทน โดยมีรูปแบบการให้ความรู้เช่นเดียวกัน จากนั้นในสัปดาห์ที่ 4 ซึ่งเป็น

สัปดาห์สุดท้ายของโปรแกรม จะทำการประเมินผลด้วยการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามชุดเดิมเพื่อเปรียบเทียบผลการประเมินก่อนหลังการได้รับโปรแกรม สำหรับในกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการประเมินเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่ในกลุ่มควบคุมจะให้ความรู้คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นอยู่แทน โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์

ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้

โดยทั่วไปภายหลังจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 4-12 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ที่ต่ำมาก การมีเพศสัมพันธ์โดยปกติใช้พลังงานไม่มากพอๆกับการขึ้นบันไดสองชั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหัวใจอื่นสามารถมีเพศสัมพันธ์ตามปกติได้และปลอดภัย ถ้าสามารถขึ้นบันไดสองชั้นได้หรือขึ้นบันได 20 ขั้นภายในเวลา 10 นาทีหรือเดินบนที่ราบ 1,000 เมตร (2-3 ช่วงตึก) ได้ในเวลา 10-15 นาทีโดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก

ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

อาสาสมัครในโครงการวิจัยกลุ่มทดลองทุกท่าน จะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะประกอบไปด้วยคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อมูลสำคัญในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วยและคู่ครอง อีกทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการปรึกษาปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและคู่ครองมีความรู้หลักในการปฏิบัติ ไขปัญหาข้อสงสัยหรือความกลัว วิตกกังวล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่ครองสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ สำหรับกลุ่มควบคุมก็จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นอยู่เพื่อนำไปปฏิบัติหรือประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป

ผลการศึกษาในครั้งนี้ จะถูกเปิดเผยเฉพาะผลการทดลองที่ผ่านการวิเคราะห์แล้ว โดยที่ข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลอื่นๆของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับเฉพาะคณะผู้วิจัย

การเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้จะเป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านจะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถติดต่อผู้วิจัยโดยตรงได้ที่ หมายเลขโทรศัพท์ 01-4823255 ,02-9269188-9 หรือสอบถามอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต โทร. 02-2189913 หรือ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ (ร่วม) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พีระพงศ์ กิติภาวรงค์ (แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ) โทร. 02-9269697

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

แบบฟอร์มหนังสืออนุญาตแพทย์ผู้ชำนาญการโรคหัวใจ

ข้าพเจ้า(นพ./พญ.)..... สกฤ.....ผู้มีหนังสืออนุญาต
ประกอบวิชาชีพเวชกรรม/ประกอบโรคศิลป์ เลขที่ ในฐานะเป็นแพทย์โรคหัวใจได้ทำ
การประเมินสภาพร่างกาย (นาย/นาง/นางสาว)สกฤ.....ซึ่งป่วย
เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีสภาพร่างกายพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย

ลงนามแพทย์.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อทัศนคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ชื่อ นายวินิตย์ หลงละเลิง นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ แนวทางการศึกษาวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งทราบถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจดีเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าได้พิจารณาแล้วว่า การศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อมนุษยชาติและการสาธารณสุขของประเทศไทย ข้าพเจ้ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษาดังกล่าว ยอมรับผลข้างเคียง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย ทั้งนี้ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการร่วมในการศึกษานานาใดก็ได้ และการบอกเลิกการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้ในเฉพาะรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้ในกรณีที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ยินยอม
(.....)
ลงนาม.....พยาน
(.....)
ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....)

วันที่ให้ความยินยอมวันที่..... เดือน พ.ศ.....

**แบบสอบถาม ทักษะคิด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**

แบบสอบถามฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษา ทักษะคิด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อ ทักษะคิด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” แบบสอบถาม ทักษะคิด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 2 ทักษะคิดทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 3 ความวิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเพื่อตรวจสอบ ทักษะคิด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของท่าน ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ และนำไปใช้ประโยชน์ในงานวิจัยเท่านั้น คำตอบของท่านเป็นข้อมูลที่มีคุณค่า และเป็นวิทยาทานในการนำไปสร้างโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ โดยกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง ความต้องการ ความพึงพอใจ การกระทำหรือความรู้สึกของท่าน เท่านั้น ผู้วิจัยขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือเป็นอย่างยิ่ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความเพียงคำตอบเดียว ให้ตรงกับสภาพที่เป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

การวินิจฉัยโรค.....

1. ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับ

1. () ระดับ 1 ผู้ป่วยไม่มีขีดจำกัดในการกระทำกิจกรรมต่างๆสามารถทำกิจกรรมตามปกติ โดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจเต้น ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก
2. () ระดับ 2 ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย รู้สึกสุขสบายเมื่อได้พัก แต่ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก
3. () ระดับ 3 ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในกิจกรรมต่างๆชัดเจน สามารถมีกิจกรรมได้น้อยกว่าปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก แต่รู้สึกสุขสบายเมื่อได้พัก
4. () ระดับ 4 ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้โดยปราศจากความไม่สุขสบาย กล่าวคือแม้ในขณะที่พักก็ยังมีอาการที่แสดงถึงการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือมีอาการเจ็บหน้าอก และไม่ว่าจะกระทำกิจกรรมเล็กน้อยๆอาการไม่สุขสบาย หอบเหนื่อยก็จะเพิ่มขึ้น

2 การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 1. () การรับประทานยา | 2. () การขยายหลอดเลือดหัวใจ |
| 3. () การผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ | |

3. อายุ

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. () 35 – 39 ปี | 2. () 40 – 49 ปี |
| 3. () 50 – 59 ปี | 4. () 60 – 65 ปี |

4. คู่สมรสอายุ

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. () 35 – 39 ปี | 2. () 40 – 49 ปี |
| 3. () 50 – 59 ปี | 4. () 60 – 65 ปี |

5. ระยะเวลาสมรส

1. () 1 - 5 ปี
 2. () 6 - 10 ปี
 3. () 11 - 20 ปี
 4. () มากกว่า 20 ปี

6. ระดับการศึกษา

1. () ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
 2. () มัธยมศึกษาตอนต้น
 3. () มัธยมศึกษาตอนปลาย
 4. () อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ(ปวช.)
 หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง(ปวส.)
 5. () ปริญญาตรีขึ้นไป

7. อาชีพ

1. () ไม่ได้ทำงาน
 2. () รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ
 3. () รับจ้าง
 4. () ทำไร่ - ทำนา / เกษตรกรรม
 5. () ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว

8. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

1. () ต่ำกว่า 2,000 บาท
 2. () 2,000 - 4,000 บาท
 3. () 4,001 - 6,000 บาท
 4. () มากกว่า 6,000 บาท

9. ท่านเป็นโรคหัวใจมานานเท่าใด

1. () น้อยกว่า 1 เดือน
 2. () 1 - 3 เดือน
 3. () 4 - 6 เดือน
 4. () 7 - 9 เดือน
 5. () 10 - 12 เดือน
 6. () 2 - 5 ปี
 7. () 6 - 9 ปี
 8. () มากกว่า 10 ปี

10. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องโรคหัวใจ หรือไม่

1. () เคย
 2. () ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 11)

11. ถ้าในข้อ 9 ท่านตอบว่า เคย ท่านได้รับคำแนะนำจากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. () แพทย์ | 2. () พยาบาล |
| 3. () พ่อ และ แม่ | 4. () ญาติผู้ใหญ่ |
| 5. () ภรรยา และ ลูก | 6. () เพื่อน |
| 7. () ผู้ป่วยอื่น | 8. () ดูจากรายการทีวี |
| 9. () ฟังจากวิทยุ | 10. () นิตยสาร |
| 11. () เอกสารวิชาการ | 12. () หนังสือพิมพ์ |
| 13. () อินเทอร์เน็ต | |

12. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่

- | | |
|------------|------------------------------|
| 1. () เคย | 2. () ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 13) |
|------------|------------------------------|

13. ถ้าในข้อ 11 ท่านตอบว่าเคย ท่านได้รับคำแนะนำจากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1. () แพทย์ | 2. () พยาบาล |
| 3. () พ่อ และ แม่ | 4. () ญาติผู้ใหญ่ |
| 5. () ภรรยา และ ลูก | 6. () เพื่อน |
| 7. () ผู้ป่วยอื่น | 8. () ดูจากรายการทีวี |
| 9. () ฟังจากวิทยุ | 10. () นิตยสาร |
| 11. () เอกสารวิชาการ | 12. () หนังสือพิมพ์ |
| 13. () อินเทอร์เน็ต | |

14. ท่านต้องการให้มีการสอนเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในรูปแบบใด

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1. () สอนเป็นรายบุคคล | 2. () สอนเป็นรายกลุ่ม |
|------------------------|------------------------|

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่จะใช้อธิบายทัศนคติทางเพศสัมพันธ์ของท่าน หลังจากพบว่าท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อซึ่งข้อความเหล่านี้ไม่มีถูกผิด ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของท่านมากที่สุด โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงระดับความคิดเห็นของท่าน

เนื้อหา	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถร่วมเพศได้ตามปกติ					
2. หลีกเลี่ยงการร่วมเพศในขณะที่ร่างกายและอารมณ์ตึงเครียด					
3. ไม่ควรร่วมเพศภายหลังจากการรับประทานอาหารเสร็จใหม่ๆ					
4. ควรหลีกเลี่ยงการร่วมเพศหลังจากสูบบุหรี่					
5. ควรหลีกเลี่ยงการร่วมเพศหลังจากดื่มกาแฟ					
6. ไม่ควรร่วมเพศภายหลังจากดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
7. ควรร่วมเพศภายหลังจากพักผ่อนเต็มที่แล้ว					
8. ภายหลังจากการร่วมเพศสามารถทำงานหนักหรือกิจกรรมที่หักโหมได้ตามปกติทันที					
9. ข้าพเจ้าคิดว่าควรเปลี่ยนคู่นอนในการร่วมเพศเพื่อความ ตื่นตัว					
10. เรื่องเพศสัมพันธ์(การร่วมเพศ) เป็นเรื่องน่าอายไม่ควรถาม แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่น					
11. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัญหาเสื่อมสมรรถภาพ ทางเพศ สาเหตุหนึ่งมาจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการ รักษาโรคหัวใจบางชนิด					
12. ปัญหาทางด้านจิตใจเช่น ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า เป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ไม่สามารถบรรลุจุดสุด ยอดทางเพศสัมพันธ์ได้ในการร่วมเพศ					

เนื้อหา	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
13.อาการใจสั่นภายใน 15 นาที หลังจากการร่วมเพศเป็นเรื่องปกติ					
14.ข้าพเจ้าคิดว่าควรใช้ท่าในการร่วมเพศที่ปลอดภัยเพื่อเพิ่มความตื่นเต้นในการมีเพศสัมพันธ์					
15.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรหลีกเลี่ยงการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง หมายถึง การจงใจกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกทางเพศในตนเอง มีวิธีการปฏิบัติต่างๆ โดยการใช้มือกระตุ้นที่องคชาติ หรือบริเวณอื่นๆ ที่ไวต่อความรู้สึกของร่างกาย จนบรรลุจุดสุดยอดทางเพศ)					
16.คู่สมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีส่วนร่วมให้ชีวิตและสุขภาพทางเพศของผู้ป่วยเป็นไปในทางบวกหรือดีขึ้น					
17.ความรักความเข้าใจของคู่สมรสส่งผลให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถร่วมเพศได้ตามปกติ					
18.ข้าพเจ้ามีความพึงพอใจเกี่ยวกับการร่วมเพศในปัจจุบัน					
19.โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอุปสรรคต่อการร่วมเพศ					
20.ข้าพเจ้าไม่ชอบการร่วมเพศ					
21.การมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะทำให้ลดความวิตกกังวลในเรื่องเพศสัมพันธ์ได้					
22.การให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถลดความกังวลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ลงได้					
23.ข้าพเจ้าต้องการหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ					
24.การมีเพศสัมพันธ์ที่ดีเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการใช้ชีวิตคู่					
25.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีปัญหาหยาบอ่อนสมรรถภาพทางเพศหรือความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ นั้นสามารถหาซื้อยามาบำบัดรักษาได้เอง ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล

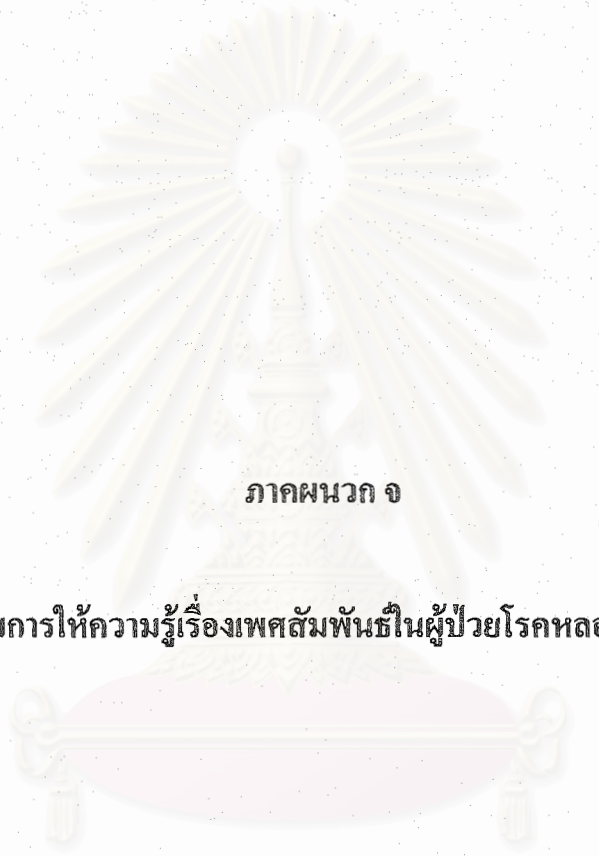
คำชี้แจงข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่จะใช้อธิบายความวิตกกังวลของท่านหลังจากพบว่าท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อซึ่งข้อความเหล่านี้ไม่มีถูกผิด ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกหรือความเห็นของท่านมากที่สุด โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงความวิตกกังวลของท่าน

เนื้อหา	ความวิตกกังวล	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ข้าพเจ้ารู้สึกเครียดและปวดศีรษะบ่อยครั้งเนื่องจากเป็นโรคหัวใจ		
2. หลังจากการรักษาโรคแล้วข้าพเจ้ารู้สึกว่าร่างกายและจิตใจอ่อนแอลง		
3. บางครั้งข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าหรือฉุนเฉียวง่ายโดยไม่มีสาเหตุ		
4. ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหน่ายเมื่อนึกถึงการเป็นโรคหัวใจของข้าพเจ้า		
5. เมื่อเห็นคู่สมรสหงุดหงิดข้าพเจ้ารู้สึกกังวลมากกว่าก่อนเป็นโรคหัวใจ		
6. การป่วยเป็นโรคหัวใจมีผลกระทบต่อชีวิตสมรสของข้าพเจ้า		
7. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าคู่สมรสของข้าพเจ้าไม่กล้าเปิดเผยความรู้สึกที่ไม่ดีต่อข้าพเจ้าในเรื่องเพศสัมพันธ์เหมือนก่อนที่ข้าพเจ้าจะมีอาการของโรคหัวใจ		
8. ข้าพเจ้ารู้สึกลำบากใจในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับเรื่องการร่วมเพศ		
9. ข้าพเจ้าคิดว่าต่อไปนี้ ข้าพเจ้าไม่สามารถจะแสดงความรู้สึกทางเพศต่อคู่สมรสของข้าพเจ้าได้อย่างเปิดเผยตรงไปตรงมาเท่ากับเมื่อยังไม่มีอาการของโรคหัวใจ		
10. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวต่อการมีความต้องการทางเพศของคู่สมรส		
11. ข้าพเจ้ารู้สึกว่ากรร่วมเพศทำให้สุขภาพและอาการของโรคทรุดลง		
12. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าสมรรถภาพทางเพศเท่ากับเมื่อก่อนเป็นโรคหัวใจ		
13. การที่ข้าพเจ้ามีการร่วมเพศลดลงในระยะนี้ข้าพเจ้าคิดว่าสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากโรคหัวใจ		
14. บางครั้งเมื่อเกิดการเร้าอารมณ์ทางเพศทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบาย		
15. ข้าพเจ้าลดการร่วมเพศ เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดจากการกำเริบของโรคหัวใจ		

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจงข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่จะใช้อธิบายพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของท่าน หลังจากพบว่าท่านเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ ซึ่งข้อความเหล่านี้ไม่มีถูกผิด ขอให้ท่านเลือกคำตอบที่ตรงกับการกระทำพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงการกระทำพฤติกรรมของท่าน

เนื้อหา	การกระทำ พฤติกรรม	
	ทำ	ไม่ทำ
1.ท่านมีการเข้าโลมก่อนการร่วมเพศ เช่น การกอดจูบ ลูบคลำ		
2.ท่านพูดคุยกับคู่สมรสอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศสัมพันธ์		
3.ท่านสร้างบรรยากาศให้โรแมนติก ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เช่น แสงไฟสลัว เปิดเพลงเบาๆ		
4.ท่านสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง		
5.ท่านสำเร็จความใคร่ให้กับคู่สมรสแทนการร่วมเพศ		
6.ท่านมีการร่วมเพศ		
7.ท่านสามารถร่วมเพศได้ถึงจุดสุดยอด		
8.ภายหลังการร่วมเพศท่านสื่อสารกับคนรักโดยการพูดคุย		
9.ท่านไม่กล้าร่วมเพศเพราะกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น		
10.คู่สมรสของท่านไม่กล้าร่วมเพศกับท่านเพราะกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น		
11.ท่านออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทางเพศ		
12.ท่านฝึกขมิบกล้ามเนื้อบริเวณทวารหนักเพื่อประสิทธิภาพในการร่วมเพศ		
13.ท่านเตรียมยาในโตรกลีเซอริน(ยาอมใต้ลิ้น)ไว้พร้อมสำหรับการแก้ไขภาวะเจ็บหน้าอกขณะมีการร่วมเพศ		
14.ท่านพยายามหาความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากสื่อต่างๆ เช่น อ่านจากหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังจากรายการวิทยุ		
15.ท่านขอคำปรึกษา เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล		



ภาคผนวก จ

โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปแบบโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรายกลุ่ม

1. โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ใช้รูปแบบการให้ความรู้โดยวิธีการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยตรง(Direct teaching)การจัดการสอนให้ความรู้แบบรายกลุ่ม เป็นการสอนหรือถ่ายทอดความรู้ให้กลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะเป็นกลุ่มจำนวนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป อาจแบ่งกลุ่มเล็กหรือกลุ่มใหญ่ก็ได้ โดยใช้วิธีการสอนแบบการบรรยายและการอภิปรายเป็นหลัก การสอนวิธีนี้มีข้อดีคือ สามารถทำการสอนได้คราวละมากๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นกับประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยในกลุ่ม

2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามเกณฑ์ที่กำหนด 30 คน โดยจะจัดแบ่งกลุ่มตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป (ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ป่วยในแต่ละวัน) โดยใช้เวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 4 ครั้งๆ ละ 60 นาที ในแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ สำหรับคูครองของผู้ป่วยจัดเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เช่นเดียวกัน แต่จะไม่มีผลการประเมินผลแต่อย่างใด หากผู้ป่วยและคูครองไม่กล้าเข้าร่วมโปรแกรมแบบรายกลุ่มก็จะทำการให้ความรู้รายบุคคลต่อไป โดยมีรูปแบบการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแบบเดียวกับรายกลุ่ม แต่จะตัดในส่วนของกระบวนการกลุ่มออกไป วิธีการสอนแบบรายบุคคลนี้จะสอนในผู้ป่วยที่ต้องการปรึกษาปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการส่วนตัว

สถานที่สอน แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

ผู้สอน ผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปแบบโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ

รูปแบบการสอนรายกลุ่ม

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ/ระยะเวลา
<p>1</p> <p>วันแรกของการตกลงบริการ</p>	<p>1. ทราบขอบเขตแนวทางในการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>2. เพื่อจริยธรรมในการวิจัยและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย</p> <p>3. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนกับผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน ได้รู้จักพูดคุยกัน</p>	<p>- ผู้สอนกล่าวทักทายผู้ป่วยและแนะนำตนเอง</p> <p>- ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบแนวทางการวิจัย ระยะเวลา และเงื่อนไขข้อตกลงบางประการเกี่ยวกับการสอนให้ความรู้ เช่น "สิ่งที่เราพูดคุยกันจะเป็นความลับ ดังนั้นทุกๆ ท่านสามารถพูดคุยในเรื่องเพศสัมพันธ์ได้อย่างเปิดเผย"</p> <p>(2 นาที)</p> <p>- ดำเนินการให้ผู้ป่วยที่ตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยเซ็นชื่อเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>(3 นาที)</p> <p>- ผู้สอนแจกกระดาษรูปหัวใจคนละ 1 แผ่น และให้ผู้ป่วยฝึกไปหาคู่ต่อหัวใจเพื่อให้ได้สุภาษิตคำพังเพยที่สมบูรณ์ มีทั้งหมด 5 คู่ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. น้ำร้อนปลาเป็น : น้ำเย็นปลาตาย 2. ลูกช้างให้คูหาง : คุณนางให้คูแม่ 3. ไก่เห็นตีนงู : งูเห็นนมไก่ 4. รักดีห้ามจั่ว : รักชั่วห้ามเสา 5. น้ำมาปลากินมด : น้ำลดมดกินปลา <p>- เมื่อผู้ป่วยแต่ละคนจับคู่ได้แล้ว ให้แต่ละคู่แนะนำชื่อ-สกุล ชื่อเล่น อาชีพปัจจุบัน และบอกความหมายของสุภาษิตคำพังเพยที่ได้ (5 นาที)</p>

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ/ระยะเวลา
	4.เพื่อทำการประเมินความรู้ทัศนคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนได้รับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	- ผู้สอนทำการประเมินผู้ป่วย ด้วยแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Pre-test) (20 นาที)
	5.เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นการปรับขยายการรับรู้ไว้เป็นความจำ	- จัดทำคู่มือความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแจกให้ผู้ป่วยทุกคนอ่านทำความเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดในขณะนั้น - ผู้สอนสอบถามข้อสงสัย และร่วมกันอภิปรายตอบข้อสงสัยที่เกิดขึ้น - กระตุ้นให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ที่ได้รับจากคู่มือ (25 นาที)
	6.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระลึกถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว และสามารถนำความรู้หรือกฎเกณฑ์ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	- ให้การบ้านไปทดลองปฏิบัติ (Home Work Assignment) เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ - จัดบันทึกปัญหาหรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาสอบถามผู้สอน หรือร่วมกันอภิปรายในครั้งต่อไป (3 นาที)
	7.เพื่อนัดวัน เวลาในการนัดครั้งต่อไปและ ทำให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นความต่อเนื่องของกระบวนการเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นในครั้งต่อไป	- ผู้สอนกล่าววันนัดวัน เวลาและเรื่องราวที่จะพูดคุยกันในการพบกันครั้งต่อไป (อีก 1 สัปดาห์) (2 นาที)

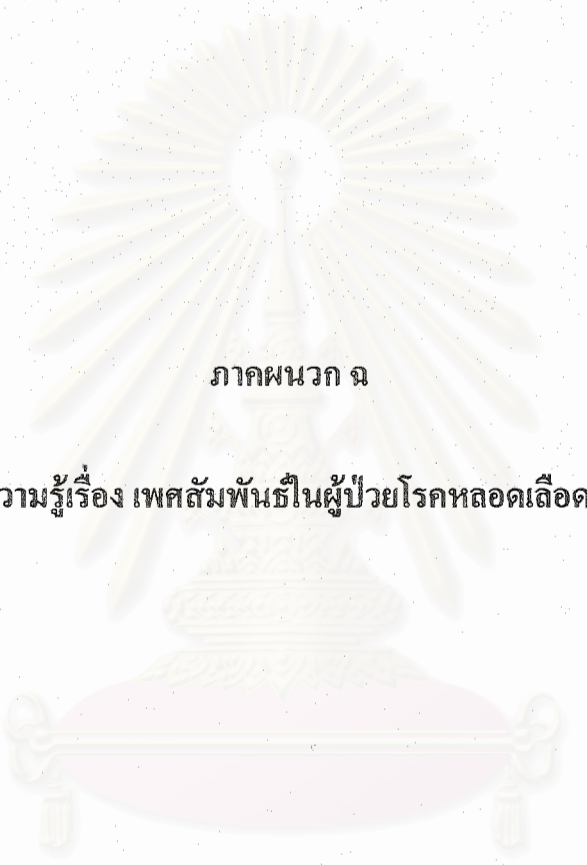
ครั้งที่	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ/ระยะเวลา
2 สัปดาห์ที่ 2	<p>1. เพื่อประเมินความรู้ความ สามารถ พฤติกรรมของผู้ป่วย ในการมีเพศสัมพันธ์หลังจาก ได้รับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>2. เพื่อให้การเสริมแรง อันเป็น ผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เป้าหมายเพิ่มขึ้นหรือมีความ มั่นใจ ในการแสดงพฤติกรรม ดังกล่าวต่อไป</p> <p>3. เพื่อประเมินปัญหา และ ความต้องการของผู้ป่วยด้าน การมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้งทำให้ ผู้เรียนเลือกรับรู้เรื่องต่างๆ ที่ สอดคล้องกับความตั้งใจ หรือ ปัญหาของตน</p>	<p>- ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงประสบ การณ์พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ใน 1 สัปดาห์ที่ ผ่านมา</p> <p>- ให้การเสริมแรง โดยใช้คำพูดที่ชื่นชมและร่วม กันปรบมือให้แก่ผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด (หัวข้อที่ 1, 2 : 15 นาที)</p> <p>- แจกกระดาษคำถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ขณะนี้ท่านมีปัญหา ด้าน การมีเพศสัมพันธ์ ในเรื่องใดบ้าง?</p> <p>ก. กลัวเป็นอันตราย</p> <p>ข. ทำทางของการร่วมเพศ</p> <p>ค. อวัยวะเพศแข็งตัวยาก</p> <p>ง. มีการหลังเร็ว</p> <p>จ. มีการหลังช้าหรือไม่มีการหลัง</p> <p>ฉ. ตัวท่านมีความต้องการร่วมเพศบ่อยกว่าภรรยา</p> <p>ช. ภรรยาต้องการร่วมเพศบ่อยกว่าท่าน</p> <p>ซ. มีอาการเมื่อยล้าหลังจากการร่วมเพศ</p> <p>ฌ. เคยมีอาการเจ็บหน้าอก</p> <p>ฎ. เคยมีอาการเหนื่อยมากขณะหรือภาย หลังการร่วมเพศ</p> <p>ฏ. ไม่มีห้องนอนเป็นสัดส่วนของตัวเอง ฎ. แยกห้อง นอนกับภรรยา</p> <p>ฐ. อื่น.....</p> <p>(5 นาที)</p>

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ/ระยะเวลา
	<p>4. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรู้ความเข้าใจและทราบแนวทางแก้ไขปัญหาด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาของตน</p>	<p>- ผู้สอนนำปัญหาด้านการมีเพศสัมพันธ์ในเรื่องที่ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกมาร่วมกันอภิปรายปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว</p> <p>- ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว หากมีผู้ป่วย และสมาชิกในกลุ่มไม่ทราบแนวทางแก้ไข ผู้สอนจะสอนให้ความรู้ในประเด็นดังกล่าว</p> <p>- กระตุ้นให้ผู้ป่วย คิดวิเคราะห์ สรุปผลการเรียนรู้ที่ได้รับ</p> <p>(30 นาที)</p>
	<p>5. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระลึกถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว และสามารถนำความรู้หรือกฎเกณฑ์ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้</p>	<p>- ผู้สอนชักชวนให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ที่ได้รับ จากกระบวนการเรียนรู้ และแนวคิดหรือประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้ในวันนี้</p> <p>- ให้การบ้านไปทดลองปฏิบัติ (Home Work Assignment) เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>จดบันทึกปัญหาหรือข้อสงสัยที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาสอบถามผู้สอน หรือร่วมกันอภิปรายในครั้งต่อไป</p> <p>(9 นาที)</p>
	<p>6. เพื่อนัดวัน เวลาในการนัดครั้งต่อไป และ ทำให้ผู้ป่วยสังเกตเห็นความต่อเนื่องของกระบวนการเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นในครั้งต่อไป</p>	<p>- ผู้สอนกล่าวนัดวัน เวลาและเรื่องราวที่จะพูดคุยกันในการพบกันครั้งต่อไป (อีก 1 สัปดาห์)</p> <p>(1 นาที)</p>

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ/ระยะเวลา
3 สัปดาห์ที่ 3	<p>1. เพื่อประเมินความรู้ และ พฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังจากได้รับความรู้ และ ผ่านการเข้าร่วม โปรแกรม 2 ครั้งที่ผ่านมา</p> <p>2. เพื่อการเสริมแรง อันเป็นผล ให้บุคคลมีความมั่นใจในการ มีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติต่อไป</p> <p>3. มุ่งค้นหาสาเหตุปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นเพื่อร่วมกัน หาแนวทางแก้ไข และสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้</p> <p>4. เพื่อค้นหาสาเหตุของการไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>5. เพื่อให้ผู้ป่วย ฝึกวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และสามารถหาแนวทางแก้ไข ปัญหาดังกล่าวได้ โดยใช้ ความรู้ที่ได้รับจากการเรียนการสอน และทำให้ผู้ป่วยมีความ</p>	<p>- ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึง ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในแต่ละคน (10 นาที)</p> <p>- ให้การเสริมแรง โดยใช้คำพูดที่ชื่นชมและร่วมกัน ประบมือให้แก่ผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด กล่าวคือสามารถพูดคุยเล่าประสบการณ์ และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ (5 นาที)</p> <p>- สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์หรือมี ปัญหาอุปสรรค ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุย ระบายความรู้สึก ปัญหา อุปสรรค ของคนออกมา</p> <p>- ผู้สอนพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย (15 นาที)</p> <p>- สอบถามผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์</p> <p>- ร่วมกันอภิปรายและหาแนวทางแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น</p> <p>- ผู้สอนตอบคำถามข้อสงสัยของผู้ป่วย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (หัวข้อที่ 4 , 5 : 20 นาที)</p>

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ/ระยะเวลา
	<p>รู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น</p> <p>6. เพื่อสรุปความคิดรวบยอดของผู้ป่วย ประเมินความรู้หรือแนวคิดที่ได้รับในวันนี้ และเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>7. เพื่อนัดเวลาในการนัดพบครั้งต่อไป และทำให้ผู้ป่วยสังเกตเห็น ความต่อเนื่องของกระบวนการเรียนรู้ที่จะเกิดขึ้นต่อไป</p>	<p>- ผู้สอนชักชวนให้ผู้ป่วยสรุปถึงสิ่งที่ได้พูดคุยกันในวันนี้</p> <p>- ชักถามเพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน</p> <p>- ให้การบ้านไปทดลองปฏิบัติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>- แนะนำให้จดบันทึกปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นหรือข้อสงสัย เพื่อนำมาสอบถามผู้สอนหรือร่วมกันอภิปรายในครั้งต่อไป</p> <p>(8 นาที)</p> <p>- ผู้สอนกล่าววัน เวลาและเรื่องราวที่จะพูดคุยกันในการพบกันครั้งต่อไป</p> <p>(2 นาที)</p>
<p>4 สัปดาห์ที่ 4</p>	<p>1. เพื่อประเมินความก้าวหน้าในพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังจากได้รับความรู้ และผ่านการเข้าร่วมโปรแกรม 3 ครั้ง</p>	<p>- ผู้สอนกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนเล่าถึงความก้าวหน้า ในพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา</p> <p>(15 นาที)</p>

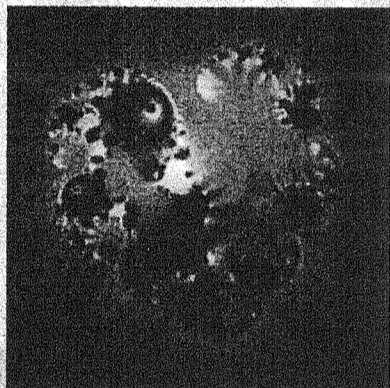
ครั้งที่	วัตถุประสงค์	วิธีการดำเนินการ/ระยะเวลา
	<p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง คลายความสงสัยในเรื่องที่ไม่เข้าใจ และทำให้ผู้วิจัยทราบถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่มีต่อโปรแกรมดังกล่าว</p>	<p>- ผู้สอนสอบถามข้อสงสัยเพิ่มเติมจากผู้ป่วย - กระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับ (15 นาที)</p>
	<p>3. เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ ทักษะ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้ผ่านโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</p>	<p>- ผู้วิจัยทำการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามความรู้ ทักษะ ทักษะ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชุดเดิม (Post-test) (20 นาที)</p>
	<p>4. เพื่อสรุปความรู้ความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับและให้การเสริมแรง ให้กำลังใจในการมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมต่อไป</p>	<p>- ผู้สอนชักชวนให้ผู้ป่วยสรุปบททวนความรู้ที่ได้รับ ให้คำชมและให้กำลังใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติต่อไป (5 นาที)</p>
	<p>5. เพื่อขอบคุณ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน และแสดงความยินดีให้บริการถึงแม้การวิจัยจะสิ้นสุดลง</p>	<p>- ผู้สอนหรือผู้วิจัยขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัย แสดงความยินดีให้บริการหากท่านใดมีข้อสงสัย ปัญหาอุปสรรคเพิ่มเติม สามารถติดต่อสอบถามได้</p>



ภาคผนวก ฉ

คู่มือความรู้เรื่อง เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Hugs and Kisses!

หากมีข้อสงสัยหรือมีปัญหามาสามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ที่

เบอร์โทรศัพท์ 01-4823255

นายวินิตย์ หลงละเลิง นิสิตปริญญาโท แพศศาสตร์

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาแพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา)

คณะบัตติมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ

ความรู้เรื่อง “เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ”



เอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

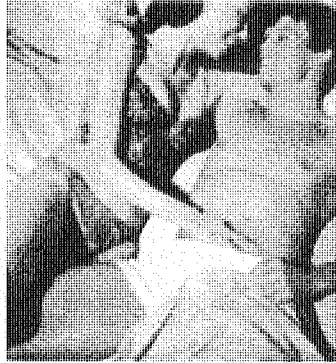
ประกอบงานวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาแพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา)

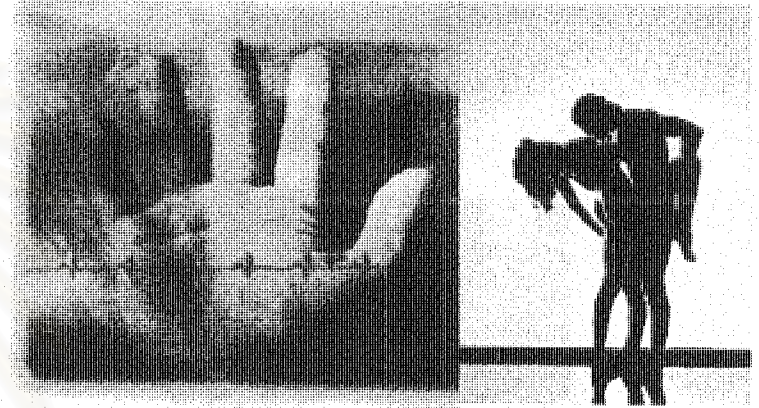
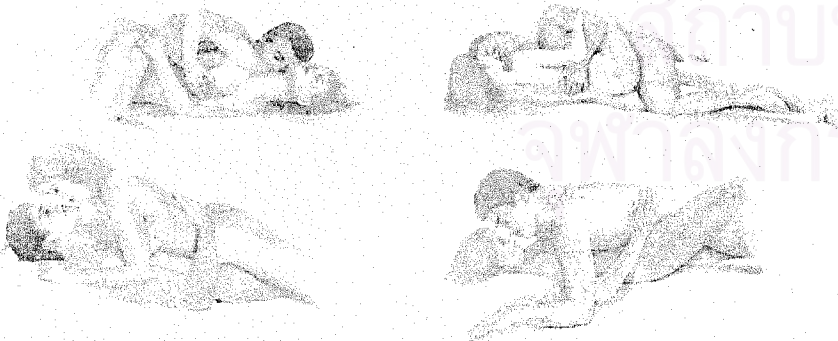
คณะบัตติมหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จัดทำโดย นายวินิตย์ หลงละเลิง นิสิตปริญญาโท แพศศาสตร์

4. การเริ่มต้นการมีเพศสัมพันธ์ควรเป็นไปอย่างช้าๆ ไม่รีบร้อน และควรมีการเล้าโลมก่อนทุกครั้ง จะได้ไม่เพิ่มการทำงานของหัวใจ



5. การเลือกท่าในการมีเพศสัมพันธ์ ควรเป็นท่าปกติทั่วไปและสบาย ควรเป็นท่าร่วมเพศที่คุ้นเคยเพื่อลดความตึงเครียด ที่สำคัญควรให้ผู้ป่วยและคู่ครองพิจารณาว่าเป็นท่าที่หายใจสะดวกไม่แน่นอึดอัดบริเวณลั้นปี่ ในกรณีที่มีอาการเหนื่อย ควรเลือกเป็นฝ่ายตั้งรับและคู่ครองเป็นฝ่ายรุกแทน



ข้อควรหลีกเลี่ยง

1. ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ร่างกายและอารมณ์ตึงเครียด เพราะจะเพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้น และควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่มีความโกรธ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความโกรธที่เกิดจากคู่ครอง



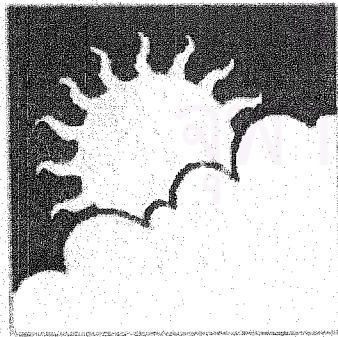
2.ไม่ควรเปลี่ยนคู่นอน หรือสถานที่ที่ไม่คุ้นเคยในการมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจเกิดความตื่นเต้นหัวใจจะทำงานหนักขึ้น



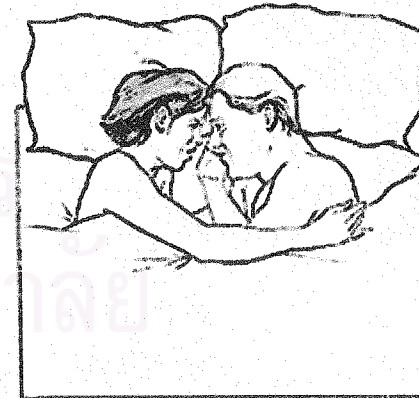
2.ควรมีการพูดคุยหรือทำความเข้าใจกับคู่สมรส (คู่นอน) อย่างเปิดเผยในความคิด วิตกกังวลของตนเอง



3.ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ในห้องที่มีอากาศร้อนหรือเย็นเกินไป เนื่องจากการทำงานของระบบร่างกายจะขึ้นอยู่กับการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงสถานที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก แต่ควรมีบรรยากาศสบายๆ ไม่ร้อนหรือหนาวเกินไป



3.ควรพักผ่อนให้เพียงพอก่อนมีเพศสัมพันธ์



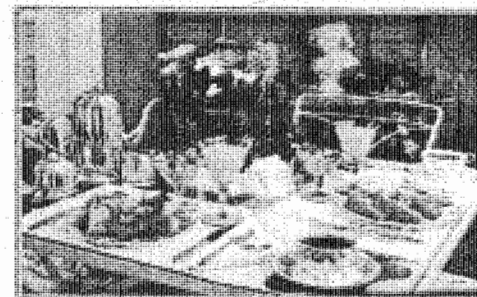
คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

การมีเพศสัมพันธ์ก็เหมือนกับการออกกำลังกาย หรือ กิจกรรมทางกายอื่นๆที่ทำให้ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ทำงานเพิ่มขึ้น การหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมทางเพศอย่างหักโหมและมีความเครียดต่างๆ จะทำให้ประสบความสำเร็จในการมีเพศสัมพันธ์ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังนี้

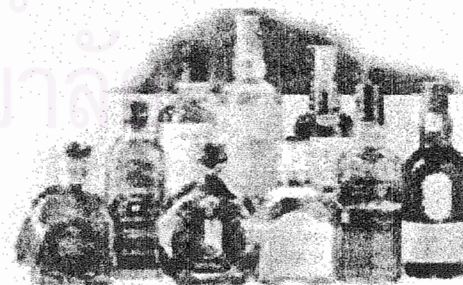
1. ควรปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์กับแพทย์ผู้รักษาก่อน ซึ่งแพทย์อาจทำการทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย ด้วยการเดินบนลู่วิ่งสายพาน เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ และเพิ่มความมั่นใจในความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วย เพราะการใช้พลังงานของผู้ป่วยแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน



4. ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หลังรับประทาน อาหาร เนื่องจากพลังงานจำนวนมากของร่างกาย จะถูกนำไปใช้ในกระบวนการย่อยอาหาร ซึ่งถ้ามีเพศสัมพันธ์ในช่วงนี้จะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ส่งผลให้ออกซิเจนมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ก่อให้เกิดภาวะเจ็บหน้าอกได้ ดังนั้นจึงควรพักอย่างน้อย 3 ชั่วโมงภายหลังการรับประทานอาหาร



5. ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์หรือไวน์ อย่างน้อย 3 ชั่วโมงก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้เส้นเลือดขยายตัว หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ทางที่ดีควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์



6. ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หลังจากสูบบุหรี่ หรือ ดื่มกาแฟ เพราะสารเคมีนิโคตินในบุหรี่และคาเฟอีนใน กาแฟ จะส่งผลให้หัวใจบีบตัวเร็วและแรงมากขึ้น

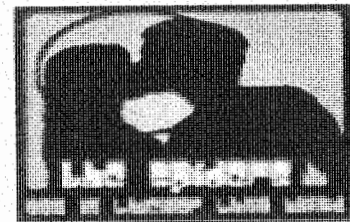


7. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่หนักโหม หลังจากมี เพศสัมพันธ์ เพราะจะทำให้เหนื่อยอ่อนเพลียเพิ่มมากขึ้น



เป็นเรื่องปกติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่จะมีความรู้สึก ไม่มั่นใจ กลัว และวิตกกังวลกับการมีเพศสัมพันธ์ เพราะ คิดไปว่าทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น บางท่านอาจเข้าใจว่าการมี เพศสัมพันธ์ใช้พลังงานยิ่งกว่าการเล่นกีฬา ที่ต้องออกแรงมาก และจะทำให้หัวใจทำงานหนัก นำไปสู่การเสียชีวิตกระทันหัน การมีเพศสัมพันธ์ (ในคู่นอนเดิม) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถมีเพศสัมพันธ์ตามปกติได้ และปลอดภัยถ้าทำสามารถ ก้าวขึ้นบันไดอย่างรวดเร็วได้ 2 ชั้น(20ชั้นภายในเวลา 10 นาที) หรือเดินบนที่ราบ 1,000 เมตร (2-3 ช่วงตึก) ในเวลา 10-15 นาที โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก หากผู้ ป่วยสามารถทำได้ การมีเพศสัมพันธ์ก็ถือว่าปลอดภัย ซึ่งรวมถึง ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง การมีเพศสัมพันธ์ก็ ไม่เป็นเรื่องที่น่าวิตก

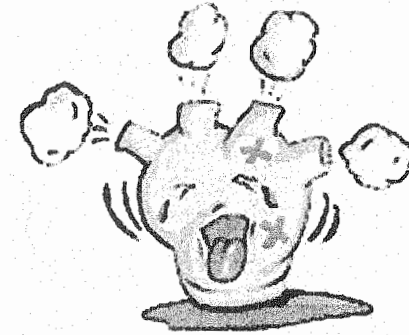
โดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ หลัง การเกิดโรค 4-12 สัปดาห์ แต่ต้องผ่านการทดสอบความทน ทานของร่างกายดังกล่าวข้างต้น เพราะการขึ้นบันได 20 ชั้น ภายในเวลา 10 นาที การวิ่งลู่วิ่งสายพาน การมีเพศสัมพันธ์จะใช้ พลังงานใกล้เคียงกัน



อย่างไรก็ตาม แม้เรื่องเพศจะเป็นที่ยอมรับว่าสำคัญในการดำรงชีวิต และเป็นความสุขสมบูรณ์ของชีวิตคู่ แต่ในสังคมของเรามีความเชื่อและยึดถือปฏิบัติมาว่า เรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว เป็นเรื่องลับเฉพาะ บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงการสนทนาโต้ตอบในเรื่องเพศอย่างเปิดเผย จึงทำให้มนุษย์เรียนรู้เรื่องเพศน้อยและบางครั้งก็เรียนรู้ไม่ถูกต้อง สิ่งเหล่านี้จึงทำให้บุคคลในสังคมมีเจตคติในด้านลบต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ไม่กล้าที่จะบอกปัญหาเพศสัมพันธ์กับแพทย์หรือพยาบาล และมักใช้วิธีหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้นหรือแก้ไขปัญหาของตนเองตามลำพัง



8. หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หากมีอาการแน่นหน้าอก ควรอมยาไโตลิน 1 เม็ด นั่งหรือนอนพักขณะอมยาไโตลิน เมื่ออมยาอาการเจ็บหน้าอกไม่หายภายใน 5-10 นาที ให้อมซ้ำจนกระทั่งหายปวด แต่หลังจากอมยาทุก 5 นาที จนครบ 3-5 เม็ดแล้วไม่ดีขึ้นควรมาโรงพยาบาลทันที



9. มียาโรคหัวใจหลายชนิด ที่มีผลข้างเคียงต่อการมีเพศสัมพันธ์ หากมีปัญหาความบกพร่องทางเพศ เนื่องจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษาโรค ควรปรึกษาแพทย์



ข้อควรระวังและสังเกตตนเอง

ถ้าพบอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างหรือภายหลังมีเพศสัมพันธ์ ควรแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาหรือพยาบาลทราบ อาการเหล่านั้น ได้แก่



1. มีอาการเจ็บหน้าอกระหว่างหรือภายหลังมีเพศสัมพันธ์
2. ภายหลังมีเพศสัมพันธ์ หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น หายใจเร็วกว่าปกติ เป็นระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที
3. ภายหลังมีเพศสัมพันธ์ มีอาการใจสั่นภายใน 15 นาที
4. ภายหลังมีเพศสัมพันธ์มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อยอย่างรุนแรงในวันรุ่งขึ้น
5. นอนไม่หลับภายหลังมีเพศสัมพันธ์

บทนำ

เมื่อกล่าวถึงผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ มักจะหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีความกลัวว่าจะเกิดภาวะหัวใจวายขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ทำให้คนที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมักจะไม่มีความสุขของชีวิต กินไม่ได้ นอนไม่หลับ มีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ เฝ้ามแต่คิดว่าตนเป็นโรคหัวใจอยู่ตลอดเวลา มีความวิตกกังวลสูง และจิตใจห่อเหี่ยวทำให้ความฟิตความกระปรี้กระเปร่าของร่างกายน้อยลงไป สมรรถภาพทุกอย่างจึงพลอยเสื่อมถอยลงไป รวมถึงสมรรถภาพทางเพศ



6. แขนขาอ่อนแรงในเวลา 24 ชั่วโมง หลังมีเพศสัมพันธ์ หากมีอาการดังกล่าวข้างต้น ควรรีบไปปรึกษาแพทย์ หรือ พยาบาล เพราะอาการดังกล่าวบ่งชี้ว่าหัวใจคุณทำงานหนักเกินไป



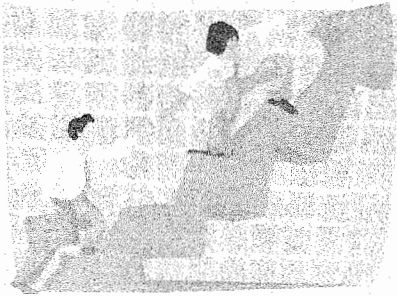
คำแนะนำในการปฏิบัติทางเพศเพิ่มเติม

1. การร่วมเพศทางทวารหนัก ควรตรวจวินในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากจะเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทวากัส ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ส่งผลให้เลือดที่มาเลี้ยงหัวใจลดลงและเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง คุณสามารถทำได้เมื่อสุขภาพร่างกายคุณพร้อม กล่าวคือ เมื่อทดสอบความทนทานของร่างกายด้วยการขึ้นบันได20 ชั้นภายในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ ซึ่งการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองจะเป็นการสร้างความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง และเป็นการผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง



3.การใช้ปากในการร่วมเพศ

เคยปฏิบัติมาก่อนเช่นกัน



Hugs and Kisses!

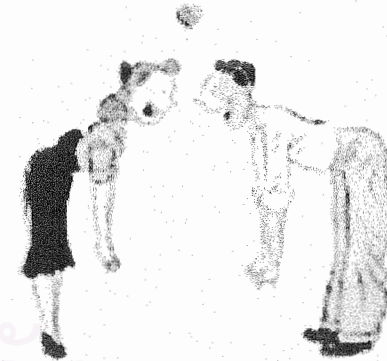


ควรงดเว้นในผู้ที่ไม่

หัวข้อเรื่อง

หน้า

1.	บทนำ	1
2.	คำแนะนำการปฏิบัติตัวในการมีเพศสัมพันธ์	4
3.	ข้อควรหลีกเลี่ยง	7
4.	ข้อควรระวังและสังเกตตนเอง	12
5.	คำแนะนำการปฏิบัติทางเพศเพิ่มเติม	13
	เอกสารอ้างอิง	19





นอกจากนี้ คู่ครองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรมีส่วนช่วยให้ชีวิตทางเพศของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางบวก ซึ่งควรปฏิบัติตามคำแนะนำต่อไปนี้

1. ระยะเวลาที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ควรสัมผัสอย่างอ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและเพิ่มความต้องการทางเพศ



2. ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านเพศสัมพันธ์ เพื่อจะได้
สื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึง ความรู้สึกของคู่ครอง และเห็นคุณค่าของ
การมีเพศสัมพันธ์



3. ใช้สื่อสร้างเสริมอารมณ์สุนทรีย์ด้านเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วย
เช่น เพลง การ์ตูนหรือเรื่องตลกเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์



คำนำ

คู่มือเล่มนี้จัดทำเพื่อให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ใน ผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์
เรื่องผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ เรื่องเพศสัมพันธ์ ใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อทัศนคติ ความวิตกกังวล และ
พฤติกรรมทางเพศ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของนิสิต
ปริญญาโทเพศศาสตร์ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
วิชาเพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา) คณะบัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้จะมีประโยชน์
ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และประชาชนทั่วไปเพื่อเป็น
แนวทางในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

นายวินิตย์ หลงละเลิง

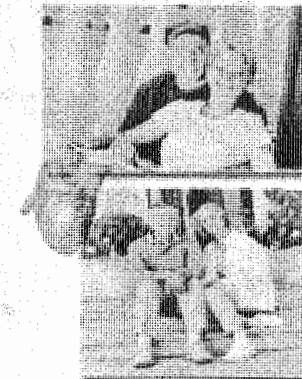
1 ธันวาคม 2546

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. คู่ครองของผู้ป่วยควรกล้าที่จะบอกผู้ป่วยเกี่ยวกับการสลับบทบาทในการเป็นผู้เริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์



5. คู่ครองของผู้ป่วย และผู้ป่วยควรเปิดใจพูดคุยกันในเรื่องเพศสัมพันธ์ บรรเทาความกลัว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่ครองสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ



6. ผู้ป่วยและคู่ครอง จะต้องลดภาวะความตึงเครียด ที่มีอยู่ในจิตใจ ให้มีความรู้สึกผ่อนคลายเข้ามาแทนที่ เมื่อมีความต้องการทางเพศ ให้กล้าที่จะบอกความต้องการของคุณให้คู่ของคุณทราบ อาจจะเริ่มด้วยการเร้าอารมณ์ ใช้อัฒนปฏิบัติ เพื่อให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ด้วยการกอด จูบ ลูบ คลำ ใช้ปากกระตุ้นอวัยวะเพศ หรือใช้วิธีการช่วยเหลือตนเองให้คู่ครอง จนกระทั่งพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์



We can do it Together!



ชื่อ.....

อายุ.....ปี HN.....

วินิจฉัยโรค

.....

การได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ครั้งที่ 1 โดย.....

ครั้งที่ 2 โดย.....

ครั้งที่ 3 โดย.....

ครั้งที่ 4 โดย.....

หมายเหตุ.....



เอกสารอ้างอิง

- ธนิดา เขียวอำรุงสุข. (2543). ประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาวิทาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- ผจงจิต อัครวิกุล. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรค และความรู้เรื่องเพศ กับ พฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.
- Burke, L. E. (1990). Cardiovascular disturbances and Sexuality. In C. I. Fogel and D.Lawver.(Eds), Sexual Health Promotion. New York: W. B. Saunders, 360-371.
- Gondex, M. C. (1999). Apost-MI script: Talking About Sex. Database: Academic Search Elite (62), Jul .

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายวินิตย์ หลงละเลิง เกิดวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ.2519 ภูมิลำเนา จังหวัดตรัง จบการศึกษา ระดับพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2541 เข้ารับราชการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลประจำการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม (ICU Med) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เมื่อ พ.ศ. 2541-2543 ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ 5 งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ(CCU)โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2544-ปัจจุบัน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย