

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT ต่อความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย STEMI ในห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ปัตตมา ภิรมย์เกษร พย.บ.,ร.บ.ม.^{1*}, ลลิตา ช่อกลาง พย.บ.¹

นริษา บุญชิต พย.บ.¹, สุเพียร โภคทิพย์ ปร.ด.²

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดชนิด ST-segment ยกสูง แม้รักษาด้วยการสวนหลอดเลือดหัวใจและทำบอลลูนและใส่ขดลวดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) จะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต แต่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความมั่นใจในการกลับไปมีกิจกรรมทางเพศ ขณะที่การให้คำแนะนำด้านเพศในโปรแกรมฟื้นฟูหัวใจยังมีจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านสุขภาพทางเพศที่ใช้แบบจำลอง PLISSIT ต่อความรู้เรื่องเพศและพฤติกรรมปฏิบัติ และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction: STEMI)

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย PCI และเตรียมจำหน่ายจากห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 และ 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการสุ่มแบบจับฉลากโดยไม่ใส่คืน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ แบบประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ ด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด และความพึงพอใจ ภายหลังให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามหลัก PLISSIT รวมถึงแบบติดตามผลหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัย: ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยส่งเสริมความรู้ ความมั่นใจ และการปรับตัวหลังจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป: โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT ในผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจหลังทำ PCI ช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT ผู้ป่วย STEMI ความรู้การปฏิบัติตัว คุณภาพชีวิต

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

*ติดต่อผู้พิมพ์: ปัตตมา ภิรมย์เกษร; e-mail: mobmdg@gmail.com

วันรับ: 10 มี.ค. 2569 วันแก้ไข: 21 เม.ย. 2569 วันตอบรับ: 8 มิ.ย. 2569

Effects of a PLISSIT-Based Sexual Education Program on Knowledge, Self-Care Practices, and Quality of Life in STEMI Patients in the Coronary Care Units, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

Pattama Piromkesorn B.N.S, M.P.A.^{1*}, Lalita Choklang B.N.S.¹

Narisa Boonchit B.N.S.¹, Supian Phokthip Ph.D.²

Abstract

Background: ST-segment elevation myocardial infarction, although treated with coronary angioplasty, ballooning, and stent placement (Percutaneous Coronary Intervention: PCI), which increases survival, leaves patients anxious and lacking confidence in resuming sexual activity. Sexual counseling in cardiac rehabilitation remains limited. This study evaluated the effects of a sexual education program using the PLISSIT model on sexual knowledge, behaviors, and quality of life in patients with STEMI (ST-Elevation Myocardial Infarction: STEMI).

Methods: This study was quasi-experimental: STEMI patients who received PCI and were prepared for discharge from Coronary Intensive Care Units 1 and 2 at Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, were selected by lottery random sampling without replacement. The sample consisted of 60 participants, divided into experimental and control groups of 30. Research instruments included a personal information questionnaire, an assessment of knowledge and practices regarding sexual activity, an evaluation of sexual function in physical, psychological, cognitive, and satisfaction aspects after the PLISSIT-based counseling program, and a 4-week post-discharge follow-up form. Data were analyzed using descriptive statistics: percentage, mean, standard deviation, and t-test.

Results: After participating in the sex education program based on PLISSIT, the experimental group showed significantly higher scores in knowledge, behavior, and quality of life compared to both their pre-intervention scores and the control group ($p < .05$). This indicates that the program effectively enhances knowledge, confidence, and post-discharge adaptation.

Conclusion: The PLISSIT-based sexual health education program for STEMI patients undergoing coronary angiography after PCI improves knowledge and sexual behavior, improving quality of life and enabling patients to appropriately resume self-care and daily life.

Keywords: PLISSIT model-based sexual health education; ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI); self-management knowledge; sexual behavior; quality of life.

¹Registered Nurse, Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani

²Lecturer Faculty of Nursing, Rajathani University, Ubon Ratchathani

*Corresponding author: Pattama Piromkesorn; e-mail: mobmdg@gmail.com

Received: 10 March 2026 Revised: 21 April 2026 Accepted: 8 June 2026

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเกิดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการของประชากรทั่วโลก¹⁻² องค์การอนามัยโลกและรายงานภาระโรคระดับโลก (global burden of disease) ระบุว่า โรคหัวใจขาดเลือดยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในหลายประเทศ¹ สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 33.54, 33.54 และ 32.1 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนถึงภาระโรคที่ยังคงมีความสำคัญต่อระบบสุขภาพของประเทศ³

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิที่รับส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากสถิติผู้ป่วยในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 พบโรค STEMI เป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (Coronary Care Unit: CCU) โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน CCU1 จำนวน 722, 650, และ 316 ตามลำดับ เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการของผู้รับบริการ โรงพยาบาลได้ขยายหน่วยบริการผู้ป่วย STEMI ในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มอีกหนึ่งหน่วยงาน คือ CCU2 โดยมีผู้ป่วย STEMI ที่รักษาหอผู้ป่วย CCU1 จำนวน 316 ราย และในหอผู้ป่วย CCU2 จำนวน 304 ราย⁴

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ในปัจจุบันมุ่งเน้นการเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุด เพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ร่วมกับการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนร่วมกับการใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI)⁵ นอกจากการรักษาทางการแพทย์แล้ว การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจยังครอบคลุมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยให้ความรู้ด้านการดูแลตนเอง ประกอบไปด้วย การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁶ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจจะครอบคลุมหลายมิติ แต่ประเด็นเรื่อง สุขภาพทางเพศ (sexual health) กลับได้รับความสนใจค่อนข้างน้อยในทางปฏิบัติ ทั้งที่กิจกรรมทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ของคู่สมรส⁷ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวนมากมีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยในการกลับไปมีกิจกรรมทางเพศ เนื่องจากกลัวว่าจะกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกหรือภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ⁸ บางรายหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางเพศแม้ว่าสมรรถภาพทางกายจะสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครอง⁹

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายยังส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในเพศชาย การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและระดับไขมันในเลือดสามารถส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิตไปยังอวัยวะเพศ ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศได้¹⁰ ขณะที่ในเพศหญิง การลดลงของฮอร์โมนเพศ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด และภาวะช่องคลอดแห้ง อาจทำให้เกิดความเจ็บปวดระหว่างมีเพศสัมพันธ์และลดความต้องการทางเพศ¹¹ นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจในช่วงหนึ่งเดือนแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีสมรรถภาพทางกายลดลง และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ รวมถึงกิจกรรมทางเพศ¹²

ในบริบทของสังคมไทย ประเด็นเรื่องเพศยังถือเป็นเรื่องส่วนบุคคลและมีข้อจำกัดทางวัฒนธรรมในการพูดคุย ส่งผลให้ปัญหาทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจมักถูกละเลยในการดูแลสุขภาพ¹³ อย่างไรก็ตาม หลักฐานทางวิชาการชี้ให้เห็นว่าการประเมินปัญหาทางเพศและการให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสมสามารถ

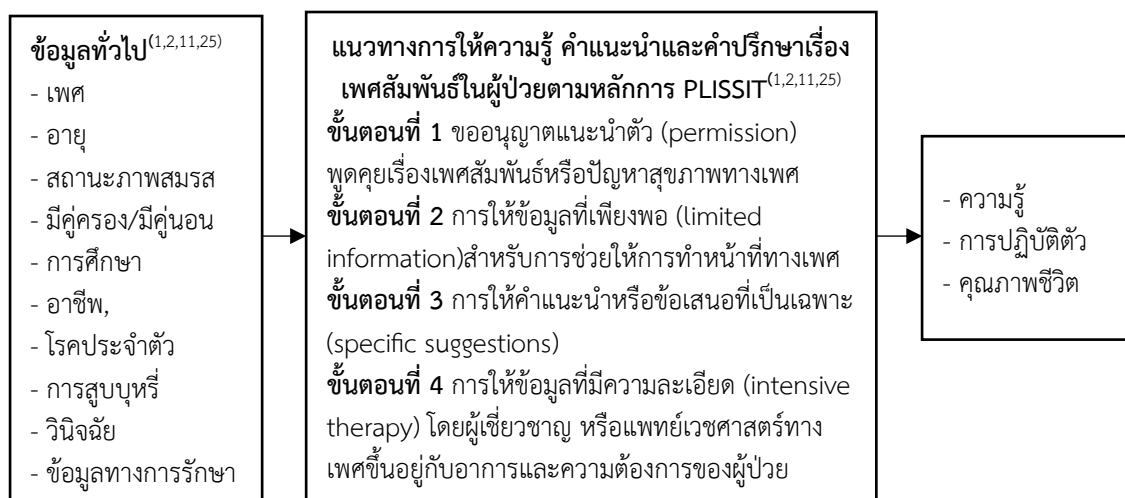
ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เพิ่มความมั่นใจในการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย¹⁴⁻¹⁵ หนึ่งในรูปแบบการให้คำปรึกษาด้านเพศที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย คือ โมเดล PLISSIT ซึ่งพัฒนาโดย Annon และถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม¹⁶ โมเดลนี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ Permission (P) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาทางเพศได้อย่างเปิดเผย Limited Information (LI) การให้ข้อมูลพื้นฐานที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ Specific Suggestions (SS) การให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมหรือท่าทางในการมีเพศสัมพันธ์ Intensive Therapy (IT) การให้การรักษาหรือคำปรึกษาเชิงลึกในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน¹⁶ การศึกษาหลายฉบับพบว่า การใช้ PLISSIT model สามารถช่วยเพิ่มความรู้ด้านเพศ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญ¹⁷⁻¹⁸

ในปี พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์รายงานข้อมูลผู้ป่วย STEMI ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 40-59 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังมีความต้องการทางเพศ โดยพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์มีจำนวน 122 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.76 ของผู้ป่วยทั้งหมด แต่แนวทางการให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจยังมีข้อจำกัด และพยาบาลจำนวนมากยังไม่มั่นใจในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว¹⁹ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT ต่อความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย STEMI ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนาแนวทางการให้คำแนะนำด้านเพศที่เป็นระบบ เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT ต่อความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย STEMI ในห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้ตามหลัก PLISSIT สามารถช่วยให้ผู้ป่วย STEMI มีความรู้ การปฏิบัติตัวเรื่องเพศถูกต้อง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วย STEMI ทำ PCI และอยู่ในระยะเตรียมจำหน่ายจากห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 และ 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ ในช่วง 20-59 ปี เข้ารับการรักษามีการวินิจฉัยว่ามี STEMI ได้ทำ PCI ที่จะจำหน่าย มีอาการคงที่ภายหลังการทำ PCI อย่างน้อย 24 ชั่วโมง สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้ มีการรับรู้และความเข้าใจเป็นปกติ มีความสนใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในช่วงเวลาที่กำหนด โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 60 คน จากนั้นทำการสุ่มเพื่อจัดเข้า กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน กระบวนการสุ่มดำเนินการโดยการกำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าแต่ละราย จากนั้นทำการสุ่มโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) เพื่อจัดผู้ป่วยเข้าสู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมจนได้จำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามแบบจำลอง PLISSIT ร่วมกับการพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงาน ขณะที่กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลและคำแนะนำตามแนวทางปกติของหน่วยงานเท่านั้นวิธีการสุ่มดังกล่าวช่วยลดอคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี รหัสโครงการ 00/67 C วันที่รับรอง 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 มีการรักษาความลับโดยการเขียนรหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถาม การนำเสนอภาพรวมและทำลายข้อมูลภายหลังงานวิจัยสิ้นสุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาโดยผู้วิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสหรือการมีคู่ครอง สถานภาพในครอบครัว ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และข้อมูลด้านสุขภาพที่อาจมีผลต่อการทำกิจกรรมทางเพศ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบหรืออุดตัน และโรคเกาต์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ

2.1 แบบประเมินสมรรถภาพทางเพศในเพศชาย ใช้แบบประเมิน International Index of Erectile Function (IIEF) ซึ่งพัฒนาโดย Rosen, et al²⁰ และได้รับการแปลและปรับใช้เป็นภาษาไทย แบบประเมินประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม ครอบคลุมการทำหน้าที่ทางเพศ 5 ด้าน ได้แก่ การแข็งตัวของอวัยวะเพศ การถึงจุดสุดยอด ความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจระหว่างการร่วมเพศ และความพึงพอใจทางเพศ

โดยรวม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–30 คะแนน โดยคะแนนที่ต่ำกว่าสะท้อนถึงความรุนแรงของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับที่มากขึ้น

2.2 แบบประเมินสมรรถภาพทางเพศในเพศหญิง ใช้แบบประเมิน Female Sexual Function Index (FSFI) พัฒนาโดย Rosen, et al²⁰ และได้รับการแปลเป็นภาษาไทย แบบประเมินประกอบด้วย 19 ข้อคำถามครอบคลุมการทำหน้าที่ทางเพศ 6 ด้าน ได้แก่ ความต้องการทางเพศ ความตื่นตัวทางเพศ การหล่อลื่นของช่องคลอด การถึงจุดสุดยอด ความพึงพอใจทางเพศ และความเจ็บปวดระหว่างมีเพศสัมพันธ์ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 2–36 คะแนน โดยคะแนน ≤ 26.5 คะแนน บ่งชี้ภาวะบกพร่องทางเพศ และคะแนน 26.6–36 คะแนน บ่งชี้การทำหน้าที่ทางเพศในระดับปกติ

ส่วนที่ 3 โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT model

โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT model เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของ Annon และแนวทางการให้คำปรึกษาทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ Permission (P) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นทางเพศได้อย่างเปิดเผย Limited Information (LI) การให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศที่ปลอดภัยหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย Specific Suggestions (SS) การให้คำแนะนำเฉพาะบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและทำทางในการมีเพศสัมพันธ์ และ Intensive Therapy (IT) การส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาทางเพศที่ซับซ้อนเพื่อรับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่อไป²¹

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต

แบบสอบถาม EQ-5D-5L ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นการประเมินสถานะสุขภาพใน 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การประกอบกิจวัตรประจำวัน อาการเจ็บปวดหรือไม่สุขสบาย และความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า การให้คะแนนในแต่ละมิติแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 (ไม่มีปัญหา) ถึงระดับ 5 (ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้หรือมีปัญหารุนแรงที่สุด) โดยผลการประเมินจะแสดงในรูปแบบบาร์สตัวเลข 5 หลัก ซึ่งสะท้อนสถานะสุขภาพในแต่ละมิติตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยในการศึกษานี้ดำเนินการใน 2 ด้าน ได้แก่ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และการตรวจสอบความเชื่อมั่น ดังนี้

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

เครื่องมือวิจัยทุกชิ้นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตาม PLISSIT model ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจและการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.00 และโปรแกรม PLISSIT มีค่า CVI เท่ากับ 0.95 แสดงว่าเครื่องมือทั้งสองมีความเหมาะสมในการนำไปใช้เก็บข้อมูล

สำหรับแบบประเมิน IIEF และ FSFI ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิมพิจารณาความสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดย ผู้วิจัยได้ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 15 ราย เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แสดงว่าเครื่องมือมีความสอดคล้องภายในและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 และ 2 จำนวน 5 คน จากนั้นคำนวณค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's Kappa)²² ตามสูตร

$$K = \frac{P_0 - p_E}{1 + p_E}$$

โดยที่ P_0 คือสัดส่วนของการประเมินที่สอดคล้องกันที่สังเกตได้จริง และ p_E คือสัดส่วนของการประเมินที่สอดคล้องกันโดยบังเอิญ ผลการตรวจสอบได้ค่าสัมประสิทธิ์แคปปา (K) เท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ความสอดคล้องระดับดีมาก²³ แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นเพียงพอในการนำไปใช้เก็บข้อมูล

สำหรับแบบประเมิน FSFI มีค่าความเชื่อมั่นภายใน (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.95 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้สำรวจสถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 และ 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จากนั้นได้จัดประชุมทีมพยาบาลเพื่อกำหนดรูปแบบการวิจัย วางแผนการดำเนินงาน และมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

ผู้วิจัยจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพทางเพศ IIEF สำหรับเพศชาย และ FSFI สำหรับเพศหญิง การประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความคิด รวมทั้งการให้คำปรึกษาตามแนวคิด PLISSIT model โดยมีการสาธิตและฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือ เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STEMI และได้รับการรักษาด้วย PCI ที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 และ 2 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี อายุระหว่าง 20 - 59 ปี โดยคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

2. การขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและคู่ครองหรือคนนอนในวันแรกของการเข้ารับการรักษ โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่กระทบต่อการรักษา จากนั้นให้ลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. การดำเนินการ intervention และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาตามแนวคิด PLISSIT model ดำเนินกิจกรรม 2 ระยะ ดังนี้

Session 1: หลังทำ PCI 1 วัน ระยะเวลา 30-45 นาที

เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ประเมินสมรรถภาพทางเพศโดยใช้แบบ IIEF (เพศชาย) ประเมิน FSFI (เพศหญิง) ประเมินภาวะสุขภาพในมิติด้านร่างกาย จิตใจ และความคิดเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ

ให้คำปรึกษาตามแนวคิด PLISSIT ในระดับ Permission เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและคู่ครองพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาทางเพศ Limited Information ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและข้อควรระวังด้านกิจกรรมทางเพศภายหลังการเกิด STEMI และการรักษาด้วย PCI

Session 2: วันจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระยะเวลา 20-30 นาที

ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการกลับไปมีกิจกรรมทางเพศอย่างปลอดภัยให้คำแนะนำเฉพาะรายตามแนวคิด PLISSIT ในระดับ specific suggestions เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและคู่ครองซักถามข้อสงสัย ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบประเมินและรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลสถิติเชิงบรรยายแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติตัว คุณภาพชีวิต โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT ในผู้ป่วย STEMI ต่อความรู้ การปฏิบัติตัวและคุณภาพชีวิต โดยกำหนดนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้สถิติ t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 71.7 อยู่ในช่วงอายุ 50 – 59 ปี เท่ากับ 72.8 มีคู่ครอง (จดทะเบียนสมรสถูกต้องตามกฎหมาย) มากที่สุด ร้อยละ 74.5 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 58.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร/ทำนา/ทำไร่/ทำสวน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเบาหวานและไขมันในเลือดสูงซึ่งมีคะแนนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 32.4 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่วินิจฉัยโรค STEMI (ant wall) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.7 ผลการฉีดสีตรวจสอบหัวใจส่วนใหญ่ ผลเป็น SVD คิดเป็นร้อยละ 60 เส้นเลือดที่ได้รับการแก้ไขคือเส้น LAD มากที่สุดร้อยละ 50.5 ผล Echo ส่วนใหญ่ LVEF อยู่ในช่วง 50 – 59 % มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.3 กลุ่มตัวอย่างทุกคน ประเมิน CCS อยู่ที่ Class I และระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับ low risk คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม

รายการ	ก่อนการทดลอง รวมทั้ง 2 กลุ่ม N=60		หลังการทดลอง รวมทั้ง 2 กลุ่ม N=60	
		p-value		p-value
1. การสูบบุหรี่ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง	19(12/7)	1.71	60(30/30)	.065
2. โรค HT ,DLP, DM เป็นสาเหตุหนึ่งที่ ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง	24(15/9)	1.88	60(30/30)	.065
3. หลังการทำการตรวจสวนหัวใจสามารถทำงานหรือกิจกรรมเดิมได้ตามปกติทันที	32(18/14)	3.09	51(30/21)	.001
4. ท่านเคยได้รับรู้เรื่องการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	19(12/7)	.171	60(30/30)	.065
5. ท่านเคยมีความรู้เรื่องการช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ	15(7/8)	.770	50(30/20)	.000
6. ในหนึ่งสัปดาห์ท่านมีเพศสัมพันธ์กันคู่ของคุณของท่านตามปกติ	31(17/14)	.477	52(30/22)	.002

รายการ	ก่อนการทดลอง รวมทั้ง 2 กลุ่ม		หลังการทดลอง รวมทั้ง 2 กลุ่ม	
	N=60	p-value	N=60	p-value
7. ท่านเคยได้รับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ทำให้มีผลต่อโรคหัวใจ	13(6/7)	.759	60(30/30)	.065
8. ขณะมีเพศสัมพันธ์แล้วท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกควรหยุดทำกิจกรรม	44(19/25)	.082	60(30/30)	.065
9. หลังจากที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ถ้าท่านมีอาการแน่นหน้าอกท่านทราบถึงวิธีปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการ	19(11/8)	.414	53(30/23)	.004
10. หากได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันท่านจะนำไปปฏิบัติ	60(30/30)	.065	60(30/30)	.065
คะแนนรวม/คะแนนเฉลี่ย	0.972 (0.0162)	9.418 (0.156)	16.575 (0.276)	0.397 (0.006)

7.1 จากคะแนนแบบสอบถามความรู้การปฏิบัติตัวเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองตามหลัก PLISSIT ผลการวิเคราะห์พบกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้เข้าร่วมจำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ย และใช้การทดสอบ t-test อีกระในการเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มว่ากลุ่มทดลอง: 147 คะแนน ($M = 10.5$, $SD = 1.05$) กลุ่มควบคุม 129 คะแนน ($M = 16.5$, $SD = 1.65$) ค่า $t = 0.989$, $p = 0.357$ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติในแต่ละข้อคำถามระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ($p\text{-value} > 0.05$) อย่างไรก็ตาม คะแนนรวมของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ยังไม่แสดงถึงความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.989$, $p = 0.357$)

7.2 จากการเปรียบเทียบคะแนนแบบสอบถามความรู้การปฏิบัติตัวเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของกลุ่มทดลองตามหลัก PLISSIT และกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามหลัก PLISSIT มีความรู้ด้านการปฏิบัติตัวเรื่องเพศสัมพันธ์หลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมในบางหัวข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ข้อ 3 ความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมหลังการสวนหัวใจ ข้อ 5 ความรู้เรื่องการใช้ยาเพิ่มสมรรถภาพ ข้อ 6 ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ ข้อ 9 การรับมือเมื่อมีอาการแน่นหน้าอกหลังมีเพศสัมพันธ์ โดยรวมแม้คะแนนเฉลี่ยจะสูงกว่าในกลุ่มควบคุมเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ

7.3 จากการเปรียบเทียบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมหลังป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง กลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม 10 ข้อ และวิเคราะห์ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย (M), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), t-test, และ ค่า $p\text{-value}$ เพื่อดูว่าสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่กลุ่มทดลอง เฉลี่ย 15 คะแนน 17 คะแนน กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 10.5 คะแนน 16.5 คะแนน ค่า $t = 0.357$, $p < .001$ ความแตกต่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการมีเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในกลุ่มทดลองช่วยเพิ่มระดับความรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการ และพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมหลังการรักษา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L หลังการทดลองและหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ทั้ง 2 กลุ่ม

รายการ	ไม่มีปัญหา		มีปัญหาเล็กน้อย		มีปัญหาปานกลาง		มีปัญหามาก		ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้	
	N=60	p-value	N=60	p-value	N=60	p-value	N=60	p-value	N=60	p-value
การเคลื่อนไหว	51(28/23)	.000	7(2/5)	.000	-	-	-	-	2(0/2)	.000
การดูแลตนเอง	52(30/22)	.000	6(0/6)	.000	-	-	-	-	2(0/2)	.000
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	47(26/21)	.000	8(4/4)	.000	3(0/3)	.000	-	-	2(0/2)	.000
อาการไม่สบายตัว	47(27/20)	.000	11(3/8)	.000	-	-	-	-	2(0/2)	.000
วิตกกังวล/ความซึมเศร้า	54(30/24)	.000	4(0/4)	.000	-	-	-	-	2(0/2)	.000

7.4 จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L ของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองและหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในหลายมิติเมื่อเทียบกับ กลุ่มควบคุม โดยเฉพาะในมิติของ กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ และ อาการเจ็บปวด/ไม่สบายตัว ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนในมิติอื่น ๆ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง และ ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า แม้กลุ่มทดลองจะมีแนวโน้มคะแนนที่ดีกว่า แต่ยังไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรม PLISSIT ต่อความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วย STEMI การศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความเข้าใจและการดูแลตนเองด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Steinke²⁴ เรื่องการให้คำปรึกษาเรื่องเพศโดยใช้ PLISSIT model สามารถช่วยเพิ่มความรู้ ความมั่นใจ และการสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากรูปแบบของ PLISSIT เป็นแนวคิดที่ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับปัญหา การให้ข้อมูลที่จำเป็น และการให้คำแนะนำเฉพาะบุคคล

ในบริบทของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย PCI ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับไปมีกิจกรรมทางเพศ เนื่องจากเกรงว่าจะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจซ้ำ ซึ่งอาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางเพศหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและการให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบจึงมีบทบาทสำคัญในการลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ สอดคล้องกับแนวทางของ European Society of Cardiology (ESC) Regarding Cardiac Rehabilitation²⁵ ซึ่งระบุว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะคงที่หลังการรักษาสามารถกลับไปมีกิจกรรมทางเพศได้อย่างปลอดภัย เนื่องจากกิจกรรมทางเพศมีระดับการใช้พลังงานใกล้เคียงกับการออกกำลังกาย

ระดับปานกลาง เช่น การเดินขึ้นบันไดสองชั้น แนวทางดังกล่าวเน้นย้ำว่าการให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจยังคงได้รับความสนใจค่อนข้างน้อย ดังนั้น โปรแกรมการให้ความรู้ตามหลัก PLISSIT ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงมีบทบาทสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปลอดภัยและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมหลังการรักษาผลของโปรแกรม PLISSIT ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย STEMI ผลการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังการติดตาม 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์มีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Steinke²⁴ ซึ่งพบว่า ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยผู้ป่วยจำนวนมากรายงานว่า การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการกลับไปมีกิจกรรมทางเพศทำให้เกิดความวิตกกังวลและลดความพึงพอใจในชีวิต การให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูลที่เหมาะสมจึงสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครองได้

นอกจากนี้ งานของ Lindau²⁶ ยังชี้ให้เห็นว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจควรครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งรวมถึงมิติด้านเพศสัมพันธ์ เนื่องจากเพศสัมพันธ์ ถือเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ในหลายประเทศพบว่าการให้คำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ ยังไม่ได้ถูกบูรณาการอย่างเป็นระบบในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ในบริบทของการศึกษาค้นคว้า การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยช่วยทบทวนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การหยุดสูบบุหรี่ และการกลับไปมีกิจกรรมทางเพศอย่างปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) ที่มีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ นอกจากนี้ การติดตามทางโทรศัพท์ยังทำหน้าที่เป็นกลไกในการสนับสนุนทางจิตสังคม ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและสามารถปรับตัวต่อการดำรงชีวิตภายหลังการเกิดโรคได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายประการดังต่อไปนี้ ประการแรก การศึกษามีขอบเขตการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จำกัด เนื่องจากศึกษาเฉพาะผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาด้วย PCI ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานีเพียงแห่งเดียว ทำให้ผลการวิจัยอาจไม่สามารถสรุปไปยังสถานบริการอื่นหรือประชากรที่มีลักษณะแตกต่างออกไปได้ ประการที่สอง การศึกษาจำกัดอยู่ที่ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ดังนั้น ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากลักษณะของปัญหาและความต้องการทางเพศของประชากรวัยสูงอายุอาจแตกต่างออกไป นอกจากนี้ ระยะเวลาติดตามผลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ยังค่อนข้างสั้น โดยติดตามผลเพียง 4 สัปดาห์หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ยังไม่สามารถประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และผลกระทบระยะยาวของโปรแกรม PLISSIT ต่อพฤติกรรมทางเพศและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ ประการต่อมา การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ซึ่งมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรรบกวนบางตัว อาทิเช่น สภาพแวดล้อม การสนับสนุนจากครอบครัว หรือการถ่ายทำ intervention ของพยาบาลแต่ละท่านที่อาจมีความแตกต่างในทักษะการให้คำปรึกษา ทำให้อาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมได้ รวมทั้งขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน อาจยังไม่เพียงพอในการตรวจสอบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในบางตัวแปรผล อีกทั้ง การศึกษาจำกัดอยู่ที่ผู้ป่วยที่มีสถานะคงที่เพียง 24 ชั่วโมงขึ้นไป ซึ่งอาจทำให้ขาดข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์และความวิตกกังวลของผู้ป่วยในช่วงแรกที่รับรู้อยู่ในระหว่างหลังทำ PCI ทั้งนี้ สุดท้ายนี้ การศึกษาใช้เครื่องมือ

ประเมินที่เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ซึ่งอาจไม่สามารถจับความลึกของประสบการณ์และมุมมองส่วนตัวของผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ อาจจำเป็นต้องใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่ครอบคลุมมากขึ้น ดังนั้นผลการวิจัยนี้จึงควรตีความและนำไปประยุกต์ใช้ด้วยความระมัดระวังและพิจารณาข้อจำกัดดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการทางการพยาบาล

ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT เป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับบุคลากรที่จะช่วยให้ผู้ป่วย STEM หลังทำ PCI สามารถนำความรู้ในการดูแลตนเองไปปฏิบัติได้ถูกต้อง และการดูแลเมื่อพบอาการผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เหมาะสม เกิดการจัดการตนเองไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองและลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เมื่อพบปัญหาสามารถแก้ไขได้ เพื่อให้ตนเองดำรงชีวิตได้ตามปกติอย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

2. ด้านการบริหาร

ควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT มาเผยแพร่และนำมาใช้ในหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วย STEMI และถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายต่อไป

3. ด้านการวิจัย

ควรส่งเสริมการนำแนวคิดหรือรูปแบบจากการวิจัยครั้งนี้ไปขยายผลในกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลในบริบทที่แตกต่าง อันจะช่วยเพิ่มความครอบคลุมและความสามารถในการประยุกต์ใช้ขององค์ความรู้ สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนาการศึกษาโดยคำนึงถึงข้อจำกัดที่พบในครั้งนี้อย่างรอบคอบ ทั้งในด้านระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนิน intervention โดยแนะนำให้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาประสบการณ์มุมมอง และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหรืออุปสรรคของ intervention อย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ ควรมีการวิจัยติดตามระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และประสิทธิผลของ intervention ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการปรับปรุงแบบ intervention ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย เช่น อายุ ระดับการศึกษา และลักษณะของสถานบริการ เพื่อเพิ่มความเหมาะสมและประสิทธิผลของการดำเนินงาน นอกจากนี้ ควรเพิ่มความเข้มข้นและความต่อเนื่องของ intervention ทั้งในด้านระยะเวลา ความถี่ และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ

2. การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ เช่น แอปพลิเคชันมือถือ ระบบติดตามออนไลน์ หรือ telehealth จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงและสนับสนุนความต่อเนื่องของการดำเนิน intervention ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคู่กับการออกแบบ intervention แบบเฉพาะบุคคล เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและลักษณะเฉพาะของผู้เข้าร่วมแต่ละราย

3. ควรส่งเสริมการบูรณาการการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ รวมถึงชุมชน เพื่อเพิ่มความยอมรับ ความเหมาะสม และความยั่งยืนของ intervention ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศตามหลัก PLISSIT ต่อความรู้ การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย STEMI ในห้องผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ได้รับความอนุเคราะห์จาก สมาคมพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้ความอนุเคราะห์ทุนเพื่อสนับสนุนการจัดทำวิจัย จำนวน 5,000 บาท และได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก ดร.สุเพียร โภคทิพย์ และ พญ.สุรางคณา อินทร์สุข ที่กรุณาให้คำปรึกษา ความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จเรียบร้อยด้วยดี ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกคนที่อำนวยความสะดวกและช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้คงเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. จิรพงษ์ ศรีเทพ, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ: กรณีศึกษา. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ พยาบาล 2566;34:265-77.
2. จิรพงษ์ ศรีเทพ, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. วิธีการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566;50:14-25.
3. ชัญญา อุทิศสิริพานิช, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วารสารการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก 2566;22:33-43
4. ณาตยา โสนน้อย, อุษาวดี อัศดรวิเศษ, ประภาพรณ ปุ่นอุดม, นงนุช เตชะวีระกร, เสรี สิงหนัดกิจ. ผลของการบูรณาการสหสาขาวิชาชีพติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจด้วยโปรแกรม Telehealth ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2565;33:84-99.
5. เตือนใจ โพธิ์ประดับ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2566;41:93-107.
6. บุญมี ภูด่านจัว. ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาลครอบครัว. วารสารสภาการพยาบาล 2556;28:107-19.
7. ประภาพร ดองโพธิ์, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. วารสารพยาบาลทหารบก 2558;15:304-16
8. ประพัฒน์สินี ประไพวงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. วารสารพยาบาลมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2558;7:37-48.
9. ปิยะ ศักดิ์เจริญ. ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่และแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง: กระบวนการเรียนรู้เพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต. วารสารพยาบาลทหารบก 2558;16:8-13.
10. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัฒราดุล, นวรัตน์ สุทธิพงศ์. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน: มุมมองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดและญาติผู้ดูแล. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2560;28:142-53.

11. พรธชา บุญเรือง, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารแพทยนาวิ 2563;47:126-42.
12. ยุพเยาว์ พุ่มพวง. การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพทางเพศของออสโตเมท. รายงานการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราช; 2549.
13. เยาวพา วรณแก้ว, พรณพิไล ศรีอาภรณ์, จันทรัตน์ เจริญสันติ. ความวิตกกังวล สัมพันธภาพระหว่างคู่มรส และความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37:230-39.
14. วันปณิธาน สุดเสนหา. ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายในผู้ป่วยชายไทยที่มีการบาดเจ็บไขสันหลังเรื้อรังในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ 2558;25:71-5.
15. วิภาวรรณ ทองเทียม. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด: การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย 2559;8:34-43.
16. วินิตย์ หลงละเลิง. เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2561;3:81-9.
17. ศุภย์หัวใจศิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. คู่มือการฟื้นฟูหัวใจ. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
18. สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย. แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย; 2553.
19. อุซาวดี อัครวิเศษ. เครื่องมือวัดการทำหน้าที่ทางเพศ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2558;33:1-12.
20. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000;26:191-08. doi: 10.1080/009262300278597.
21. Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. Nurs Stand. 2006;21:35-40. doi: 10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6382.
22. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas 1960;20:37-46. doi: 10.1177/001316446002000104.
23. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977;33:159-74.
24. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM, et al. Council on cardiovascular and stroke nursing of the American heart association and the esc council on cardiovascular nursing and allied professions (CCNAP). Sexual counselling for individuals with cardiovascular disease and their partners: a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). Eur Heart J. 2013;34:3217-35. doi: 10.1093/eurheartj/eh270.

25. Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U, Davos CH, Hansen D, Frederix I, et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *Eur J Prev Cardiol* 2021;28:460-95. doi: 10.1177/2047487320913379.
26. Lindau ST. Sexual activity and function in the year after an acute myocardial infarction among younger women and men in the U.S. and Spain. *JAMA Cardiol* 2016;1:754-64. doi: 10.1001/jamacardio.2016.2362.