วารสารแพทย์นาวี
Royal Thai Navy Medical Journal

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

Selected Factors Associated with Sexual Function among Patients with Myocardial Infarction after Percutaneous Transluminal Coronary Intervention

พรรษา บุญเรือง* นรลักขณ์ เอื้อกิจ**

Pansa Boonrueang,* Noraluk Ua-Kit**

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

* Corresponding Author: ltpansa59@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) และปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI เพศชายและหญิงอายุ 18 - 59 ปี ที่เข้ามารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไป และคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 124 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ 3) แบบประเมินความรุนแรงของโรค 4) แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ 5) แบบประเมินความวิตกกังวลทางเพศ 6) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ 7) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าทางเพศ 8) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ในชุดที่ 2 - 8 เท่ากับ 0.93, 1.00, 0.98, 0.97, 0.91, 1.00, 0.98 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงชุดที่ 2, 4 - 8 เท่ากับ 0.82, 0.77, 0.91, 0.91, 0.85 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ผลการวิจัย พบว่า

Received: January 10, 2020; Revised: March 29, 2020; Accepted: March 30, 2020

1. การทำหน้าที่ทางเพศผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 47.61, SD = 4.83)

2. เพศและความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_{pb} = .109 และ -.133)

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

4. ความวิตกกังวลทางเพศและภาวะซึมเศร้าทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.495 และ -.407)

คำสำคัญ : การทำหน้าที่ทางเพศ กล้ามเนื้อหัวใจตาย การขยายหลอดเลือดหัวใจ

Abstract

The purposes of this descriptive correlational research were to examine sexual function among patients with myocardial infarction after percutaneous transluminal coronary intervention (PCI) and to determine factors associated with sexual function from gender, severity of disease, sexual knowledge, sexual anxiety, perceived sexual self-efficacy, sexual depression, and social support. One hundred and twenty four adults aged 18 - 59 years diagnosed with myocardial infarction after PCI from the general outpatients' department and heart clinic at Somdech Phra Pinklao Hospital, and Thammasat University Hospital, were recruited using a multistage sampling technique. The instruments were 1) General data form, 2) Sexual function scale, 3) Severity of disease assessment, 4) The sex after myocardial infarction knowledge test, 5) Sexual anxiety scale, 6) Sexual self-efficacy scale, 7) Sexual depression scale, and 8) Social support questionnaire. All questionnaires were tested for content validity by five experts, and their validity coefficients of set 2 - 8 were 0.93, 1.00, 0.98, 0.97, 0.91, 1.00, and 0.98, respectively. Their reliability coefficients of set 2, 4 - 8 were 0.82, 0.77, 0.91, 0.91, 0.85, and 0.81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and point biserial correlation coefficient. The findings were as follows:

1. The average score of sexual function among patients with myocardial infarction after PCI was at a medium level ($\bar{X}$ = 47.61, SD = 4.83).

2. Gender and severity of disease were significantly related to sexual function among patients with myocardial infarction after PCI at the .05 level (r_{pb} = .109 and -.133).

3. Sexual knowledge, perceived sexual self-efficacy, and social support were positively and significantly related to sexual function among patients with myocardial infarction after PCI at the .05 level (r = .125, .212, and .633, respectively).

4. Sexual anxiety and sexual depression were negatively and significantly related to sexual function among patients with myocardial infarction after PCI at the .05 level (r = -.495, and -.407).

Keywords : sexual function, myocardial infarction, percutaneous transluminal coronary intervention

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประชากรไทยและทั่วโลก ทำให้เกิดความบกพร่องในภาวะสุขภาพ (Morbidity) หรือการเสียชีวิต (Mortality) โดยผ่านทางสาเหตุหลักๆ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease : IHD) หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure : CHF) ข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2016 พบว่า มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 31 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก[1]

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (I20 - I25) ในประเทศไทยมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้น จากอัตรา 27.8 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มเป็นอัตรา 31.8 ต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2561[2] ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction : MI) พบมากเป็นอันดับต้นๆ ของกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด โดยสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดหัวใจที่ตีบหรืออุดตันทำให้เกิดการขัดขวางการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารี่ย์ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเกิดภาวะขาดเลือด เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานานทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นตาย เกิดอาการเจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ และอาจเกิดอาการหมดสติ[3] หรือในกรณีเกิดลิ่มเลือดอุดตันสมบูรณ์จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่งผลให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจได้รับอันตรายและหากรุนแรงอาจทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายได้อาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว และเสียชีวิตกะทันหันจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้[4]

การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มเลือดไปยังหลอดเลือดหัวใจให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บหน้าอก ลดอัตราตายเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยวิธีการรักษาด้วยยา (Medication treatment) และการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ (Myocardial Revascularization) ได้แก่ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) และการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจหรือการทำบายพาส (Coronary Artery Bypass Graft : CABG)[3]

การทำหัตถการ PCI เป็นการทำหัตถการเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีย์ที่ตีบหรืออุดตัน โดยการฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านหลอดเลือดเลือดแดงใหญ่ที่ขาหนีบ (Femoral artery) หรือข้อมือ (Radial artery) สามารถบรรเทาอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพดีในภาวะฉุกเฉิน มีความเสี่ยงต่ำ มี

ความสะดวก ปลอดภัย มีความสำเร็จสูง สามารถฟื้นตัวได้เร็ว[3] ในประเทศไทยมีแนวโน้มการทำ PCI เพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.51 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 55.9 ในปี พ.ศ. 2560[5] การทำ PCI สามารถทำได้ทันทีโดยแพทย์โรคหัวใจที่มีความเชี่ยวชาญ (Interventional cardiologist) ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมด้านศักยภาพ ซึ่งสามารถทำได้ตามข้อบ่งชี้ที่กำหนดในกรณีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ยก (ST elevation MI : STEMI) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST ไม่ยก (Non - ST elevation MI : NSTEMI) และภาวะเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable Angina : UA)[6]

แม้การรักษาด้วยการทำ PCI จะได้ผลดีเพียงใดแต่ก็ยังมีข้อจำกัด โดยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่ 24 ชั่วโมงแรกจนถึง 1 ปี หลังการทำ PCI แบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้ 1) ภายใน 24 ชั่วโมงแรก (Early complications) เช่น การตีบซ้ำในตำแหน่งหลอดเลือดหัวใจที่เคยทำการขยายสำเร็จ ปัญหาของแผลบริเวณทางผ่านการฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจบริเวณขาหนีบหรือข้อมือ เช่น Groin bleeding, Retroperitoneal bleeding, Hematoma Femoral/Radial และอื่นๆ เช่น การแพ้สารทึบแสง ภาวะไตวาย คลื่นไส้อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ Vasovagal reaction โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีอาการจนต้องให้ยาหรือใส่ Pacemaker 2) ช่วง 1 - 30 วันหลังทำ PCI (Late complications) เช่น Femoral pseudo aneurysm, Arteriovenous fistula, Femoral artery thrombosis, Embolism, Femoral vein thrombosis, Infection 3) ช่วงหลัง 30 วันถึง 1 ปี (Late stent thrombosis)[4] ในประเทศไทย พบว่า อัตราการเสียชีวิตและอัตราการตีบซ้ำเกิดขึ้นมากสุดภายใน 1 ปีแรกหลังการทำ PCI พบว่า มีการตีบซ้ำร้อยละ 30 - 40 ของหลอดเลือดหัวใจที่เคยขยายด้วยการทำ PCI สำเร็จ[7]

ภายหลังการทำ PCI ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลายอย่าง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ PCI[8] และยังกลัวไม่กล้าที่จะมีกิจกรรมทางเพศในช่วง 1 ปีแรกหลังการทำ PCI[9] จากแนวปฏิบัติของ American College of Cardiology/American Heart Association : ACC/AHC ปี 2012 ให้แนวทางไว้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ภายในไม่กี่วันหลังการทำ PCI แต่ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าปลอดภัย ซึ่งแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตามผลการรักษาหลังการทำ PCI ไปแล้ว 2 - 4 สัปดาห์ ซึ่งประเมินจากสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตรวจสอบความพร้อมของร่างกาย สอบถามถึงกิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ หรือทำการทดสอบโดยการเดินบนสายพาน หากผลปกติถือว่าร่างกายนั้นสมบูรณ์ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติได้ รวมทั้งการมีกิจกรรมทางเพศ[10]

การทำหน้าที่ทางเพศที่ดีนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่มีความสุข ความสำเร็จของชีวิตครอบครัวขึ้นอยู่กับความสำเร็จหรือล้มเหลวของการปรับตัวทางเพศ การที่บุคคลมีการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสมจะทำให้มีความสุขในชีวิตสมรสและมีความสำเร็จในชีวิตครอบครัว มนุษย์จำเป็นต้องมีการปรับตัวทางเพศและแสดงบทบาทในเรื่องเพศอย่างเหมาะสมในแต่ละช่วงชีวิตอย่างต่อเนื่อง[11]

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่การศึกษาในช่วงหลังการทำหัตถการแก้ไขหลอดเลือดหัวใจมีค่อนข้างจำกัด ในประเทศไทยมีการศึกษาความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ

และ/หรือ ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ[12] และการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ[13] แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยหลังการทำ PCI ทั้งที่ผู้ป่วยหลังได้รับการทำ PCI มีโอกาสฟื้นตัวได้เร็ว[4,10] โดยเหตุผลที่มีการศึกษาน้อยทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมของไทยที่เห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ต้องปกปิด ปัญหาการมีกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยเหล่านี้จึงถูกละเลย[13,14]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่นำมาศึกษาที่ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งก่อนและหลังการทำหัตถการ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมแนะนำเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI โดยนำปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ[15] ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค[16] ปัจจัยด้านจิตใจและการรับรู้ ได้แก่ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์[17,18] ความวิตกกังวลทางเพศ[11,16,19] การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ[11,16,19] ภาวะซึมเศร้าทางเพศ[11,16,19] และปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม[16,19] ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะนำไปสู่การพยาบาลแบบองค์รวม และจะช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อันจะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI เป็นอย่างไร

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

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

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

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ และความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

2. ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

3. ความวิตกกังวลทางเพศและภาวะซึมเศร้าทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการทำหน้าที่ทางเพศของ อุษาวดี อัศดรวิเศษ[14] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดย อุษาวดี อัศดรวิเศษ[14] อธิบายว่า การทำหน้าที่ทางเพศเป็นการกระทำหรือการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ทางเพศทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ 2) ความ

ตื่นตัวทางเพศ 3) การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ 4) การถึงจุดสุดยอด 5) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และ 6) ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยประเมินผ่าน 3 มุมมองจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ 1) มุมมองการทำหน้าที่ทางเพศด้านการมีเพศสัมพันธ์ 2) มุมมองการทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนตนเอง และ 3) มุมมองด้านการทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนะคู่นอน

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำมาคัดเลือกตัวแปรเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศ[15] เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าชายหรือหญิงตั้งแต่กำเนิด แบ่งเป็น เพศชายและเพศหญิง ความรุนแรงของโรค[16] เป็นระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ตามหลักเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Cardiovascular Society)[20] ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์[17,18] เป็นการมีความรู้ จำ เข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการมีกิจกรรมทางเพศ สัญญาณอันตราย และแนวทางแก้ปัญหาหากเกิดอาการขณะมีเพศสัมพันธ์ ยาที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ การเตรียมตัวก่อนการมีเพศสัมพันธ์รวมไปถึงการใช้ท่า เวลา สถานที่ที่เหมาะสม ความวิตกกังวลทางเพศ[11,16,19] เป็นความรู้สึกกังวลใจ กลุ้มใจ ยุ่งยากใจ กระวนกระวายใจ มีความกดดันและหวาดกลัวเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของตนเองกับคู่ครอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ[11,16,19] เป็นความมั่นใจในความสามารถที่จะจัดการและตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเองกับคู่สมรส ในการมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จตามความต้องการของตน ภาวะซึมเศร้าทางเพศ[11,16,19] เป็นความรู้สึกเศร้า หดหู่ ผิดหวังในคุณภาพทางเพศของตนเอง ทำให้ไม่มีความสุขทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม[16,19] เป็นการที่คู่สมรสให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสม อาจเป็นในลักษณะของนามธรรมหรือรูปธรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI แล้ว 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าปลอดภัยสามารถมีกิจวัตรประจำวันและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขรวมทั้งการมีกิจกรรมทางเพศ[8] จนถึง 1 ปีที่ผู้ป่วยมีการปรับตัวเพื่อป้องกันความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการรวมถึงการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมกับความสามารถด้านร่างกายของตนเอง[4] โดยเลือกศึกษาในประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งในเพศหญิงและชาย เพราะเป็นวัยที่มีความต้องการทางเพศแม้จะมีภาวะความเจ็บป่วยก็ตาม[11]

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI ในโรงพยาบาลสังกัดของรัฐระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI เพศชายและหญิงอายุ 18 - 59 ปี เข้ามารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมทั่วไปและคลินิกโรคหัวใจในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าและโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

1) กำหนดโรงพยาบาลสังกัดของรัฐในระดับตติยภูมิขั้นสูงที่มีศูนย์โรคหัวใจตามสังกัดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สุ่มเลือกมา 2 สังกัด จาก 6 สังกัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ได้ 2 สังกัด คือ กระทรวงกลาโหมและกระทรวงศึกษาธิการ 2) สุ่มโรงพยาบาลแต่ละสังกัด ได้สังกัดละ 1 โรงพยาบาล ได้แก่ สังกัดกระทรวงกลาโหม คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และกระทรวงศึกษาธิการ คือ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 3) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก โดยสำรวจรายชื่อและตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอก กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้โปรแกรม G*Power[21] ค่าขนาดอิทธิพลปานกลางเท่ากับ 0.30[13] ค่าอำนาจการทดสอบ ร้อยละ 90 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 112 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10[22] เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง 124 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

ชุดที่ 2 แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual function instrument) ผู้วิจัยดัดแปลงแบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศของ อุษาวดี อัศดรวิเศษ[14] จำนวน 19 ข้อ เป็นการวัดการทำหน้าที่ทางเพศทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ 2) ความตื่นตัวทางเพศ 3) การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ 4) การถึงจุดสุดยอด 5) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และ 6) ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยประเมินผ่าน 3 มุมมองจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ 1) มุมมองการทำหน้าที่ทางเพศด้านการมีเพศสัมพันธ์ 7 ข้อ 2) มุมมองการทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนตนเอง 8 ข้อ และ 3) มุมมองด้านการทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนะคู่นอน 4 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 11 ข้อ ทางลบ 8 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย - ใช่อย่างยิ่ง มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 19 - 95 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 69.8 - 95.0 คะแนน หมายถึง มีการทำหน้าที่ทางเพศ ระดับดี

คะแนน 44.4 - 69.7 คะแนน หมายถึง การทำหน้าที่ทางเพศ ระดับปานกลาง

คะแนน 19.0 - 44.3 คะแนน หมายถึง การทำหน้าที่ทางเพศ ระดับต่ำ

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรุนแรงของโรค ใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคของ ชัญญา อุทัศสิริพานิช[16] ตามหลักเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจแคนาดา จำนวน 7 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 คือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ในระดับปกติ และ 2 คือ มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติ เท่านั้น

ชุดที่ 4 แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ใช้แบบวัดความรู้เรื่องเพศ The sex after myocardial infarction knowledge test ของ Asgar และคณะ[23]

ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือ ทำการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาตามกระบวนการ และตรวจสอบโดยเจ้าของเครื่องมืออีกครั้ง จำนวน 25 ข้อ ให้เลือกตอบ ถูก - ผิด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 - 25 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 16.8 - 25.0 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ระดับสูง

คะแนน 8.4 - 16.7 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ระดับปานกลาง

คะแนน 0.0 - 8.3 คะแนน หมายถึง มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ระดับต่ำ

ชุดที่ 5 แบบประเมินความวิตกกังวลทางเพศ ชุดที่ 6 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ชุดที่ 7 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าทางเพศ ใช้แบบประเมิน Sexual self-perception and adjustment ของ Steinke[11] ด้านความวิตกกังวลทางเพศ ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และด้านภาวะซึมเศร้าทางเพศ ตามลำดับ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือ ทำการแปลและแปลย้อนกลับ (Translation/back translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาตามกระบวนการ และตรวจสอบความถูกต้องของการแปลโดยเจ้าของเครื่องมืออีกครั้ง แบบสอบถามมีชุดละ 7 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก - ไม่เห็นด้วยอย่างมาก คะแนนรวมของแต่ละแบบสอบถามอยู่ในช่วง 7 - 35 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 25.8 - 35.0 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวล/การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ/ภาวะซึมเศร้าทางเพศ ระดับสูง

คะแนน 16.4 - 25.7 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวล/การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ/ภาวะซึมเศร้าทางเพศ ระดับปานกลาง

คะแนน 7.0 - 16.3 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวล/การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ/ภาวะซึมเศร้าทางเพศ ระดับต่ำ

ชุดที่ 8 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ ชัญญา อุทัศสิริพานิช[16] โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือ ได้จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น และคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย มี 2 รูปแบบ ได้แก่ การแสดงออกในลักษณะรูปธรรมและนามธรรม จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ เป็นจริงมากที่สุด - เป็นจริงน้อยที่สุด มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 36.8 - 50.0 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง

คะแนน 23.4 - 36.7 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคม ระดับปานกลาง

คะแนน 10.0 - 23.3 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคม ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ในชุดที่ 2 - 8 เท่ากับ 0.93, 1.00, 0.98, 0.97, 0.91, 1.00, 0.98 ตามลำดับ และผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วมาตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม ชุดที่ 2, 5, 6, 7, 8 เท่ากับ 0.82, 0.91, 0.91, 0.85 และ 0.81

ตามลำดับ ส่วนชุดที่ 4 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของกรมแพทย์ทหารเรือ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการศึกษารายงานประวัติของผู้ป่วยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทีละ 1 รายกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในแบบประเมินความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินเองโดยใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดรายละ 30 - 45 นาที ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จำนวน 124 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมแพทย์ทหารเรือ เลขที่ COA-NMD-REC021/61 เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2561 และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ COA No.121/2561 เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2561 ได้รับอนุญาตให้เก็บดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การทำหน้าที่ทางเพศ เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยการนำมาแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ ความรุนแรงของโรค กับการทำหน้าที่ทางเพศด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80.6 มีอายุเฉลี่ย 54.8 ปี ($\bar{X}$ = 54.8, SD = 5.66, Max = 60, Min = 30) ค่า BMI ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ น้ำหนักเกิน 23.0 - 24.99 กก./ม.^{2} คิดเป็นร้อยละ 56.5 ($\bar{X}$ = 24.34, SD = 7.27, Max = 36.2, Min = 18.56) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 52.4 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 37.9 มีระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจนานระหว่าง 3 - 6 เดือน ร้อยละ 40.3 การรักษาร่วมกับการทำ PCI คือการรับประทานยาทุกคน กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 98.3 ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการทำ

PCI ระหว่าง 1 - 3 เดือน ร้อยละ 30.6 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์จากบุคลากรทางการแพทย์เพียงร้อยละ 12.7 โดยในจำนวนนี้ พบว่า เคยได้รับคำแนะนำจากอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 24.1 มีความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หลังการทำ PCI ร้อยละ 83.87 ส่วนใหญ่ต้องการปรึกษาเรื่องสัญญาณอันตรายระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 89.51 กลุ่มตัวอย่างเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 86.2 ยาในกลุ่มยาต้านเกล็ดเลือดและลดไขมันเป็นกลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับ กลุ่มตัวอย่างได้รับการทำ PCI เป็นครั้งแรก ร้อยละ 49.2 ตำแหน่งเส้นเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ คือ LAD ร้อยละ 56.4 จำนวนเส้นเลือดหัวใจที่ตีบ จำนวน 1 เส้น มากที่สุด ร้อยละ 35.4 LVEF ≥ 40% ร้อยละ 81.4

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 47.61, SD = 4.83) ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 14.99, SD = 2.82) ความวิตกกังวลทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 21.13, SD = 7.17) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 24.37, SD = 5.46) ภาวะซึมเศร้าทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 19.62, SD = 3.61) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 38.44, SD = 6.59) และกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1

3. ผลการวิเคราะห์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม กับการทำหน้าที่ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124)

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

r_{pb} = Point biserial correlation coefficient, r = Pearson's product moment correlation

จากตารางที่ 1 พบว่า เพศและความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r_{pb} = .109 และ -.133)

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

ความวิตกกังวลทางเพศและภาวะซึมเศร้าทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = - .495 และ - .407)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 47.61, SD = 4.83)

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการทำ PCI ยังคงมีกิจกรรมทางเพศได้ จากข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการได้รับการทำ PCI มากที่สุดช่วงระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน ร้อยละ 31.2 รองลงมา คือ ช่วงระหว่าง 2 - 4 สัปดาห์ ร้อยละ 22 สอดคล้องกับแนวทางการปฏิบัติของ American College of Cardiology/American Heart Association : ACC/AHC ปี 2012 ให้แนวทางไว้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ภายในไม่กี่วันหลังการทำ PCI แต่ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าปลอดภัย โดยหลังจากทำ PCI ไปแล้ว 2 - 4 สัปดาห์ ประเมินสมรรถภาพการทำงานของหัวใจตรวจสอบความพร้อมของร่างกาย โดยสอบถามถึงกิจวัตรประจำวันที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้หรือทำการทดสอบด้วยวิธีการเดินบนสายพาน หากผลปกติถือว่าร่างกายนั้นสมบูรณ์ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติได้รวมทั้งการมีกิจกรรมทางเพศ[10] ปัจจุบันเทคนิคการใส่สายสวนหัวใจเข้าไปในร่างกายเน้นการเปิดปากแผลเข้าหลอดเลือดแดงใหญ่บริเวณข้อมือ เน้นแผลเล็ก เจ็บน้อย เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการฟื้นตัวได้เร็ว กลับมาสู่ภาวะปกติได้ในเวลาไม่นาน[24]

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยระหว่าง 3 - 6 เดือน มากที่สุด ร้อยละ 40.3 รองลงมา คือ ระหว่าง 1 - 3 เดือน ร้อยละ 28.2 ในรายที่เพิ่งทราบว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจจะมีความวิตกกังวลไม่มั่นใจในความปลอดภัยของตนเอง ทำให้การทำหน้าที่ทางเพศลดลง แต่เมื่อได้รับการรักษาระยะหนึ่งและอาการของโรคดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในการมีกิจกรรมต่างๆ รวมถึงกิจกรรมกรรมทางเพศ และเมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง คือ 54.8 ปี อธิบายได้ว่า โดยธรรมชาติสำหรับวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 46 - 60 ปี) ระยะนี้ชีวิตส่วนใหญ่ทั้งชายและหญิงจะเกี่ยวข้องกับงาน การเลี้ยงลูก และการเข้าสังคมทำให้การทำหน้าที่ทางเพศสดลง การตอบสนองทางเพศของฝ่ายชายขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของร่างกาย เมื่อถึงวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมอีกทั้งยังอาจมีโรคภัยไข้เจ็บ การตื่นตัวทางเพศจึงมักลดลงทำให้องคชาตแข็งตัวได้ยาก ไม่แข็งตัว หรือแข็งได้ไม่นานพอจะร่วมเพศได้สำเร็จ จึงต้องอาศัยการกระตุ้นมากขึ้น[25]

ส่วนผู้หญิงการตอบสนองทางเพศขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ดังนั้นผู้หญิงวัยนี้จึงมักมีความต้องการทางเพศมากและมีความสุขสุดยอดง่าย ระดับฮอร์โมนเพศชายและหญิงจะลดลง สำหรับผู้หญิงฮอร์โมนเพศเอสโตรเจนจะลดลงอย่างมาก และรวดเร็วทำให้ช่องคลอดแห้ง ขาดความยืดหยุ่นและหดเล็กลงจึงมักเกิดความเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ส่วนผู้ชายฮอร์โมนเพศเทสโทสเตอโรนก็จะลดลงแต่จะเป็นไปช้าๆ จึงอาจไม่แสดงการเปลี่ยนแปลงมากนักในวัยนี้ อย่างไรก็ดีระดับ

ฮอร์โมนเพศชายที่ลดลงก็อาจทำให้ผู้ชายเกิดปัญหาทางเพศได้ เช่น ความต้องการทางเพศลดลง ใช้เวลานานจึงจะบรรลุความสุขสุดยอด เป็นต้น[25] จากพัฒนาการทางเพศของวัยผู้ใหญ่ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคเรื้อรังแต่ความต้องการทางเพศยังคงมีอยู่ จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีการทำหน้าที่ทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปฏิเสธไม่ได้ว่าการทำหน้าที่ทางเพศที่ดีนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ตอบสนองความพึงพอใจทางร่างกายและจิตใจ เป็นหนทางที่ทำให้บุคคลค้นพบตัวเองสะท้อนพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัว การมีพฤติกรรมทางเพศจึงเป็นความสุขของบุคคลเป็นความสำเร็จของชีวิตครอบครัว ขึ้นอยู่กับความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการปรับตัวทางเพศ การมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ทำให้เกิดความสุขและความสำเร็จในชีวิตบุคคลจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวทางเพศและแสดงบทบาททางเพศอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ นารีลักษณ์ ถิ่นพายัพ พบว่า มีการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง[13] สอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง[19] สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญา อุทัศสิริพานิช และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ[16] พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายมีพฤติกรรมทางเพศอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษา ของ Xu, Ming & Hou ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านเพศดีขึ้นหลังได้รับคำแนะนำเรื่องเพศในผู้ป่วยหลังทำ PCI ในภาวะฉุกเฉิน[9]

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

2.1 เพศ ผลการศึกษา พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

อธิบายได้ว่า เพศเป็นสิ่งที่ใช้จำแนกความแตกต่างของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้างร่างกาย อารมณ์ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม สาเหตุของการทำหน้าที่ทางเพศ ชายและหญิงมีความแตกต่างกันออกไป อาจเนื่องมาจากมีปัญหาในการทำหน้าที่ทางเพศที่แตกต่างกัน ในเพศชายมักมีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศไม่สามารถถึงจุดสุดยอดได้และการไม่ถึงจุดสุดยอดทำให้ลดความต้องการทางเพศลงได้[26] ส่วนในเพศหญิง การทำหน้าที่ทางเพศลดลงส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากการขาดน้ำหล่อลื่น เจ็บปวดระหว่างร่วมเพศ ไม่ถึงจุดสุดยอด ขาดการเล้าโลม ขาดความสนใจและความต้องการทางเพศ ไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ในเพศหญิงมีพฤติกรรมทางเพศลดลงเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเพศเมื่ออายุมากขึ้นโดยธรรมชาติ และจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ของคู่สมรส ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงบางรายเกิดอาการเบื่อที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ แต่สาเหตุที่เพศชายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงเนื่องจากอายุที่มากขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี รับประทานยาบางชนิดที่มีผลข้างเคียง และจากอวัยวะเพศไม่แข็งตัวทั้งนี้เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีผลทำให้เกิดการหย่อนสมรรถภาพทางเพศอีกด้วย[27]

2.2 ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษา พบว่า ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมากส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศลดลง ทั้งนี้เนื่องจากความรุนแรงของโรคมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยถึงภาวะที่เป็นอันตรายคุกคามต่อชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อระดับความรุนแรงของโรคสูงขึ้นจะทำให้ไม่สุขสบายและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ มากขึ้น ความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยหลังการทำ PCI ต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วยและมีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 และ 2 สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มาก เนื่องจากไม่มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะที่ออกแรงหรืออาจมีอาการเพียงเล็กน้อยเมื่อพักอาการจะดีขึ้นสามารถทำกิจกรรมต่อได้ ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมากส่งผลให้การมีการทำหน้าที่ทางเพศลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญา อุทัศสิริพานิช และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($r = -.368$, $p < .05$)[16] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lai, Hsieh, Ho & Chiou พบว่า ความรุนแรงของโรคที่มาก มีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีคุณภาพชีวิตด้านเพศหลัง CABG ($r = -.288$, $p < .05$)[17]

2.3 ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อธิบายได้ว่า ความรู้ เป็นการรู้ จำ เข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับอาการที่เป็นอันตรายเป็นปัจจัยที่มีผลกับการมีกิจกรรมทางเพศ โดยการมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ภายหลังการทำ PCI จะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ทราบถึงวิธีป้องกันอันตรายหรือการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะมีกิจกรรมทางเพศ ถ้าหากขาดความรู้หรือไม่เข้าใจการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์อย่างถูกต้องอาจยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ หรือกลัวการมีกิจกรรมทางเพศ[23] สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร ดองโพธิ์ และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ พบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 66.8 ($R^2 = .668$, $p < .01$)[18] สอดคล้องกับการศึกษาของ Xu, Ming & Hou ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการทำ PCI ในภาวะฉุกเฉิน ที่ได้รับคำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์ก่อนกลับบ้านมีความถี่และความพึงพอใจทางเพศมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำ[9] สอดคล้องกับการศึกษาของ Lai, Hsieh, Ho & Chiou พบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำ CABG ($r = .319$, $p < .01$)[17]

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

อธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลทางเพศเป็นความตึงเครียด และความวิตกกังวลในมุมมองด้านเพศสัมพันธ์ในชีวิตของบุคคลนั้น ผู้ป่วยหลังการทำ PCI มีการคาดการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นๆ คุกคามความมั่นคง ความปลอดภัยทั้งทางร่างกายและจิตใจของตน โดยพบว่า ผู้ป่วยหลังการทำ PCI

จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศ เนื่องจากคิดว่าการมีกิจกรรมทางเพศเป็นกิจกรรมที่ต้องออกแรง อาจทำให้อาการกำเริบเฉียบพลัน เหนื่อย เจ็บหน้าอก และเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์ทั้งที่ยังมีความต้องการทางเพศตามธรรมชาติและมีความวิตกกังวลในการมีกิจกรรมทางเพศเพราะกลัวอาการต่างๆ จะรุนแรงขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านการมีกิจกรรมทางเพศ การไม่กล้าสอบถามข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล และพบว่า ผู้ป่วยไม่กล้าพูดคุยกับคู่ครองเกี่ยวกับปัญหาเรื่องเพศภายหลังจากเป็นโรค ยิ่งทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น ทำให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง[11] สอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.388$, $p < .05$)[19] และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญา อุทัศสิริพานิช และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($r = -.577$, $p < .05$)[16]

2.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ตามต้องการของบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงย่อมมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จ และจะคงไว้ถ้ากิจกรรมนั้นเป็นประโยชน์หรือมีผลดีกับตนเอง ผู้ป่วยหลังการทำ PCI มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศสูงทำให้การทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้น[11] สอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .605$, $p < .05$)[19] และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญา อุทัศสิริพานิช และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .652$, $p < .05$)[16]

2.6 ภาวะซึมเศร้าทางเพศ ผลการศึกษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

อธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านอารมณ์ที่พบได้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 38 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีอาการซึมเศร้า เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการเจ็บหน้าอก ความยุ่งยากในการดูแลตนเองเนื่องจากต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นอันตรายต่อโรค การสูญเสียบทบาทหน้าที่และการมีข้อจำกัดทางกิจกรรม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ขาดสมาธิ ไม่กล้าตัดสินใจ การมีปัญหาทางอารมณ์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการทำงานของต่อมไร้ท่อทำให้ระบบประสาทส่วนกลางและสาร Neurotransmitters ในสมอง รวมทั้งระดับฮอร์โมนทางเพศลดต่ำลง ทำให้ความต้องการและการตอบสนองทางเพศลดลง ภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทาง

เพศลดลง ขณะเดียวกันเมื่อการทำหน้าที่ทางเพศที่ลดลงก็ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้เช่นกัน[28] สอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ พบว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีพฤติกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.512$, $p < .05$)[19] และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญา อุทัศสิริพานิช และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ[16] พบว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($r = -.610$, $p < .05$)

2.7 การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือของบุคคลและการรับรู้ของบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ โดยที่บุคคลที่ให้การช่วยเหลือต้องมีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องพฤติกรรมทางเพศควรเป็นภรรยาหรือสามีผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นรูปนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร ให้ความรักหรือความอบอุ่นทางด้านอารมณ์ การสร้างความรู้สึกทางบวกหรือในลักษณะที่เป็นรูปธรรม เช่น การรักษาและการนำส่งโรงพยาบาลเมื่ออาการของโรคกำเริบ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีสถานภาพสมรสคู่ และอยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ สถานภาพจากในวัฒนธรรมของประเทศไทยที่มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่เป็นครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจึงมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนระหว่างสามีกับภรรยาเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมจึงหมายถึงคู่ครองของกลุ่มตัวอย่างซึ่งต้องยอมรับและเข้าใจความรู้สึกความกังวลของผู้ป่วยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางเพศอย่างเหมาะสมโดยไม่มีผลกระทบต่อภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .433$, $p < .05$)[19] และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัญญา อุทัศสิริพานิช และ นรลักขณ์ เอื้อกิจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($r = .394$, $p < .05$)[16]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

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

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

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ทางเพศ โดยแยกระหว่างเพศชายและเพศหญิง

2. ควรศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศในมุมมองของคู่สมรสของผู้ป่วยหลังการทำ PCI

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

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Fact Sheets on cardiovascular disease in 2017. [Internet]. [cited 2018 July 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/.
2. Statistics and Planning Division. Public Health Statistics A.D.2018. [Internet]. [cited 2020 March 10]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf. (in Thai).
3. Naowapanich S. Caring of patients with acute coronary syndrome (ACS) after percutaneous coronary intervention (PCI). Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2009. (in Thai).
4. Benajanuwat T, Sukhonthasan A. Percutaneous transluminal coronary angioplasty. 2nd ed. In Sukhonthasan A, editor. Coronary artery disease. Chiang Mai: Ideal Group; 2000. (in Thai).
5. NHSO Health Service Indicator: H0301 Data as of 30 September 2017, Bureau of Insurance Information Processing, 30 November 2017, Analyzed by the Office of Information and Health Information, NHSO.
6. Hengrasamee K, Kheensukcharoen W. Percutaneous transluminal coronary angioplasty in acute myocardial infarction patients. Bangkok: Sukhumvit Printing Company Limited; 2012. (in Thai).

7. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage H.M. the King. Public health service practice guidelines operative treatment of coronary artery disease through Percutaneous Coronary Intervention. [Internet]. [cited 2018 April 11]. Available from: http://www.nhso.go.th/FrontEnd. (in Thai).
8. Wan YF, Ma XL, Yuan C, Fei L, Yang J, Zhang J. Impact of daily lifestyle on coronary heart disease. Experimental and Therapeutic Medicine 2015;10(3):1115-20.
9. Xu F, Ming Q, Hou L. The effect of sex counselling in the sexual activity of acute myocardial infarction patients after primary percutaneous coronary intervention. Acta Cardiologica 2015;70(4):460-4.
10. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, Cheitlin MD, Conti JB, et al. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2012;125(8):1058-72.
11. Steinke EE, Mosack V, Hill TJ. Sexual self-perception and adjustment of cardiac patients: a psychometric analysis. Journal of Research in Nursing 2013;18(3):191-201.
12. Saowakon P, Kantharattanakun W, Chattaya J. Ability to work and sex in patients with postoperative heart disease. Rehabilitation Medicine 2002;10(2):73-9. (in Thai).
13. Thinpayap N, Asdornwised U, Pornchaiketwooong A, Ongcharit P. Factors related to sexual practices in patients with heart valve surgery. J Nurs 2015;33(1):14-23. (in Thai).
14. Asdornwised U. Sexual function instruments. J Nurs Sci 2015;33(1):8-13. (in Thai).
15. Drory Y, Kravetz S, Hischberger G. Sexual activity of women and men one year before first acute myocardial infarction. Cardiology 2002;97(3):127-32.
16. Uthatsiriphanit C, Uakit N. Factors predicting sexual behavior of male myocardial infarction patients. Journal of Cardiology and Chest Nursing 2011;22(2):31-43. (in Thai).
17. Lai YH, Hsieh SR, Ho WC, Chiou AF. Factors associated with sexual quality of life in patients before and after coronary artery bypass grafting surgery. J Cardiovasc Nurs 2011;26(6):487-96.
18. Dongpho P, Uakit N. Factors predicting sexual activity of heart attack patients. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2014;15(3):304-12. (in Thai).
19. Longleang W, Uakit N. Advanced nursing practice: promoting sexual behavior in myocardial infarction patients. Journal of Public Health Nursing 2011;25(2):95-108. (in Thai).
20. Campeau L. Grading of angina pectoris. [Internet]. [cited 2019 July 23]. Available from: https://ccs.ca/images/Guidelines/Guidelines_POS_Library/Ang_Gui_1976.pdf.
21. Orathai P, Phoomonsakun S. Analysis of test power and sample size estimation using G* power program. 2nd ed. Bangkok: Pimdee; 2013. (in Thai).

22. Dillman DA. Maitland internet surveys: the tailored design. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
23. Asgar Pour H, Heidari MR, Norouzzadeh R, Rahimi F, Kazemnejad A, Fallahi F. Psychometric evaluation of the sex after myocardial infarction knowledge test in Iranian context. Perspect Psychiatr Care 2018;54(2):126-33.
24. Srisaeng A. Cardiac catheterization via transradial catheterization. Vejjajiraj Siriraj 2017;10(2):90-6. (in Thai).
25. Aribarg S. Learn about sex with doctor region 1. Bangkok: Bunsiri Printing; 2007. (in Thai).
26. Mourad FE, Ghanam M, Mostafa AE, Sabry W, Bastawy M. Sexual dysfunction before and after coronary artery bypass graft surgery in males. Journal of the Egyptian Society of Cardio-Thoracic Surgery 2017;25(1):45-51.
27. Oskay U, Can G, Camcı G. Effect of myocardial infarction on female sexual function in women. Arch Gynecol Obstet 2015;291(5):1127-33.
28. Schwarz ER. Sexual dysfunction and its relation to heart disease. International Journal of Impotence Research 2005;17:S1-S3.