

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2023

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการ
ทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เขียนโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการ
ขยายหลอดเลือดหัวใจ

จิรพงศ์ ศรีเทพ
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

 Part of the [Geriatric Nursing Commons](#)

Recommended Citation

ศรีเทพ, จิรพงศ์, "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เขียนโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ" (2023). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 10344.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/10344>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศ
ในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2566

THE EFFECT OF SEXUAL SELF-CONCEPT PROMOTING PROGRAM THROUGH MOBILE
APPLICATION ON SEXUAL FUNCTION AMONG MALES WITH ACUTE MYOCARDIAL
INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION



Mr. Jirapong Srithep

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing
Faculty Of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์
แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือด
เลือดหัวใจ

โดย

นายจิรพงศ์ ศรีเทพ

สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา)

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

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)

จิรพงศ์ ศรีเทพ : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อ
 การทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยาย
 หลอดเลือดหัวใจ. (THE EFFECT OF SEXUAL SELF-CONCEPT PROMOTING PROGRAM
 THROUGH MOBILE APPLICATION ON SEXUAL FUNCTION AMONG MALES WITH
 ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS CORONARY
 INTERVENTION) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์
 ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 เฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบ
 เฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 22 คน จับคู่ทั้งสองกลุ่มให้มีลักษณะ
 คล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ และประเภทของยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจ กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลปกติ
 ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 ได้แก่ แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ ทดสอบ
 ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และ 0.82 และค่า
 ความเที่ยงเท่ากับ 0.92 และ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัย
 สรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 เฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่าน
 โมบายล์แอปพลิเคชันดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 เฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่าน
 โมบายล์แอปพลิเคชันมีการทำหน้าที่ทางเพศดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
 ระดับ .05

สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2566	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6470006936 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: SEXUAL SELF-CONCEPT, SEXUAL FUNCTION, ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION,
PERCUTANEOUS TRANSLUMINATION CORONARY INTERVENTION, MOBILE
APPLICATION

Jirapong Srithep : THE EFFECT OF SEXUAL SELF-CONCEPT PROMOTING PROGRAM
THROUGH MOBILE APPLICATION ON SEXUAL FUNCTION AMONG MALES WITH ACUTE
MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION. Advisor:
Asst. Prof. NORALUK UA-KIT, Ph.D.

The purpose of this pre-post quasi-experimental was to study the effects of sexual self-concept promoting program through mobile applications on sexual function among males with acute myocardial infarction aged 35 and over after percutaneous coronary intervention. They were selected by purposive sampling technique and equally divided into a control group and experimental group (22 for each group). The groups were matched pair technique by age and types of drugs used to treat heart disease. The control group received conventional nursing care while the experimental group participated in the sexual self-concept promoting program through mobile application. The research instrument include were the international index of erectile function (IIEF) and sexual self-concept questionnaires were examined by five experts, with content validity indexes of 1 and 0.82, the Cronbach's alpha coefficient were 0.92 and 0.94. Data were analyzed using descriptive and t-test. The results revealed as the following.

1. Mean sexual function scores in the experimental group after participating the sexual self-concept through mobile applications is better than that before participating in the program at the significant level a .05.

2. Mean sexual function scores in the experimental group after participating the sexual self-concept through mobile applications was better than the control group at the significant level a .05.

Field of Study: Adult and Gerontological
Nursing

Student's Signature

Academic Year: 2023

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากนิสิตได้รับความเมตตา ความเอาใจใส่ และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีในทุกๆ ด้าน จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทั้งในการเสียสละเวลา เข้าใจในตัวนิสิต และพร้อมเสมอเมื่อนิสิตต้องการคำปรึกษา ตลอดจนฝึกประสบการณ์ให้นิสิตได้เรียนรู้กระบวนการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้อย่างเป็นขั้นตอน มีระเบียบแบบแผน และให้ข้อเสนอสำหรับการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ที่สุด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อาภาพร เผ่าวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะ รวมทั้งแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์อันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่าในด้านการเรียนพยาบาลในระดับมหาบัณฑิต

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่า ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ของแบบสอบถาม และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย เพื่อให้เครื่องมือในงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ พยาบาลและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด ที่อำนวยความสะดวกและให้ความกรุณาในเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และที่สำคัญคือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จนดำเนินการเสร็จลุล่วงไปด้วยดี และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เป็นความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงสำหรับนำไปพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวที่เป็นรากฐานความสำเร็จ ให้กำลังใจเสมอมา และสนับสนุนผู้วิจัยในทุกๆด้าน ขอขอบคุณกัลยาณมิตรที่ได้เอย่านมาไว้นานที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ และการทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณตัวเองสำหรับความพยายาม ความอดทน สู้ทำตามความฝันเส้นทางของวิชาชีพพยาบาล และประโยชน์ใดๆ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ให้มีความสุขสวัสดิ์ ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ง	
กิตติกรรมประกาศ..... จ	
สารบัญ..... ฉ	
สารบัญตาราง..... ช	
สารบัญภาพ..... ญ	
บทที่ 1..... 1	
บทนำ..... 1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	
คำถามการวิจัย..... 8	
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 8	
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 9	
สมมติฐานการวิจัย..... 12	
ขอบเขตการวิจัย..... 13	
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 15	
บทที่ 2..... 16	
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 16	
1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ..... 17	
2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ..... 25	
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ..... 30	

4. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ	34
5. โปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ	37
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	42
7. กรอบแนวคิดการวิจัย	49
บทที่ 3	50
วิธีการดำเนินการวิจัย	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	50
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	68
การวิเคราะห์ข้อมูล	68
บทที่ 4	71
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	71
บทที่ 5	79
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	79
สรุปผลการวิจัย	83
อภิปรายผลการวิจัย	84
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้	90
บรรณานุกรม	92
ภาคผนวก	105
ประวัติผู้เขียน	162

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	37
ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อได้รับการจับคู่ (Match pair) ตามปัจจัยอายุ และประเภทของยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจ	52
ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง	72
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติ Dependent t-test.....	77
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test.....	78
ตารางที่ 6 ระดับคะแนนอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ประเมินเพื่อคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง	152
ตารางที่ 7 คะแนนการทำหน้าที่ทางเพศของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	153
ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม	155
ตารางที่ 9 การทดสอบค่าการกระจายข้อมูลระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศ ก่อนและหลังในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test	157
ตารางที่ 10 การทดสอบค่าการกระจายข้อมูลระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศ ก่อนและหลังในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test.....	157

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังในกลุ่มทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test	158
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test	160



สารบัญภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	49
-------------------------------------	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขโลกและสาธารณสุขไทย จากรายงานสถิติการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลก ในปีพ.ศ. 2563 พบว่าสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้เสียชีวิต คือ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.2 สำหรับสถานการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2564 มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดร้อยละ 34.67 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (Acute ST segment elevation Myocardial Infarction: STEMI) มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 21.64 ในปีพ.ศ.2554 เหลือประมาณร้อยละ 16.80 ในปีพ.ศ. 2564 หากติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อเนื่องไป 1 ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิตยังค่อนข้างสูงร้อยละ 14 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในราชูปถัมภ์, 2563) จากสถิติผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประเทศไทยเพศชายมีความชุกต่อการเกิดโรคมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 73 และร้อยละ 23 ตามลำดับ พบว่าเพศชายมีอัตราเสี่ยงเป็นโรคหัวใจมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า โดยมีปัจจัยเสี่ยง คือ ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด และอ้วน (นุชลี หล้ามโธง, 2563; Ilic & Ilic, 2021) โดยทั่วไปเพศชายมักเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดช่วงอายุ 35-60 ปี และเพศหญิงมักเกิดภาวะดังกล่าวเมื่ออายุมากกว่า 55 ปีหรือหลังหมดประจำเดือน ปัจจุบันมีแนวโน้มพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลงโดยพบมากในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นช่วงอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 32.80 (ทิพย์สุตา พรหมดนตรี และ จินตนา คำเกลี้ยง, 2564)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกเป็นการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดจากลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน และมีการขาดเลือดต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 20 นาที (นพดล ชำนาญผล, 2563) การรักษาหลัก คือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary Percutaneous Coronary Intervention : PPCI) ผ่านสายสวนหลอดเลือดโคโรนารีทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบหรือข้อมือ เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูง ประสิทธิภาพสำเร็จสูง สามารถฟื้นตัวได้เร็ว และความเสี่ยงต่ำ (กฤษณ์ ลิ้มสวัสดิ์, 2564) ถึงแม้ว่าการรักษาจะช่วยลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจและอัตราเสียชีวิต ภายหลังการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ยังคงต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกถึง 2 สัปดาห์ คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการขยายหลอดเลือดหัวใจ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ

หัวใจวายเฉียบพลัน ผนังเยื่อหัวใจห้องล่างซ้ายทะลุ ลิ้มเลือดอุดตันเฉียบพลันในหลอดเลือดดำขยาย หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดที่พำหนักการได้รับความเสียหาย เช่น เลือดออกที่ขาหนีบ ภาวะเลือดออกในเนื้อเยื่อหรือก้อนเลือดขัง หลอดเลือดขาโป่งพองเทียม เป็นต้น (ฉันทนา เจริญสิน และ รัชณี ศรีชาย, 2563; วรรณวรงค์ วงเจริญ และคณะ, 2564; Gong et al., 2021) ซึ่งตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงร้อยละ 60 (สุจิตรา พิงเร็ว และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2564) มีกิจกรรมทางกายระดับต่ำ ใช้เวลาว่างส่วนใหญ่ในการนั่งและนอนพักผ่อน (Xiao et al., 2018) เกิดความวิตกกังวลร้อยละ 32 สาเหตุเกิดจากความต้องการข้อมูลการรักษา การปฏิบัติตัว หลังจำหน่าย หากไม่ได้รับการแก้ไขส่งผลให้การฟื้นตัวไม่ดีและกลับมาติบซ้ำของหลอดเลือด เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (นิพนธ์ วาตาดา และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2560) สอดคล้องกับ ปชาณัฐนันท์ไทยทวีกุล และคณะ (2564) พบว่าความต้องการการดูแลของผู้โรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก เช่น ความต้องการทางด้านจิตใจ ทางระบบสุขภาพและให้ข้อมูล ทางารดูแลและสนับสนุน ทางร่างกายและการทำกิจวัตรประจำวัน และความต้องการทางเพศ เป็นต้น การทำหน้าที่ทางเพศบกพร่องพบว่าผู้ป่วยเพศชายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 46 มีปัญหาสุขภาพทางเพศอย่างน้อย 1 ปัญหา ได้แก่ การแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง ถึงจุดสุดยอดลดลง ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินหรือค้นหาปัญหาตั้งแต่ก่อนจำหน่าย (Smith et al., 2022)

การทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชาย เป็นการตอบสนองทางเพศจากการได้รับการกระตุ้นทางเพศจากทางร่างกายและจิตใจ มี 4 ระยะ คือ 1) ระยะตื่นตัว (Excitement phase) มีความต้องการทางเพศ (desire) หรือ/และเมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศ (arousal) อวัยวะเพศเริ่มขยายขนาดและแข็งตัว 2) ระยะกำหนด (Plateau phase) อวัยวะเพศแข็งตัวจนสามารถสอดใส่ในช่องคลอดได้ และคงสภาพการแข็งตัวของอวัยวะเพศตลอดระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ 3) ระยะจุดสุดยอด (Orgasmic phase) มีการหลั่งน้ำอสุจิ และ 4) ระยะการกลับสู่สภาพ (Resolution phase) ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายอวัยวะเพศอ่อนตัวลงและกลับมาสู่ภาวะปกติ มีความสุขและพึงพอใจ (Masters & Johnson, 1966) โดยความสามารถในการคงสภาพแข็งตัวของอวัยวะเพศชายลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เกิดขึ้นร้อยละ 7 ในอายุ 18-29 ปี ร้อยละ 2-9 ในอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 9-11 ในอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 16-18 ในอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 34 ในอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 53 ในอายุ 70-80 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Rambhatla & Rajfer (2018) พบว่าร้อยละ 52 ของผู้ชายในช่วงอายุ 40-70 ปี จะมีระดับความสามารถคงสภาพการแข็งตัวลดลง ในขณะเดียวกันผู้ชายอายุ 50 ปี โดย 2 ใน 3 จะมีความสามารถในการคงสภาพการแข็งตัวลดลง ร้อยละ 10 ในทุกๆ 10 ปี และ Hodžić et al. (2019) กล่าวว่า ผู้ป่วยสูงอายุเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง ($r = .052, p < .001$)

เมื่อติดตามผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังคงมีความต้องการทางเพศในด้านการทำหน้าที่ทางเพศในระดับสูง แต่เนื่องจากกลัวว่าการทำกิจกรรมทางเพศจะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้อาการกำเริบซ้ำและเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ จึงเกิดความไม่มั่นใจที่จะเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางเพศในระยะแรก คือ อวัยวะเพศแข็งตัวไม่เต็มที่ ไม่ถึงจุดสุดยอด (Smith et al., 2022) ระยะ 1 เดือน Lindau et al. (2014; 2016) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ เมื่อกลับไปมีเพศสัมพันธ์มีการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง ร้อยละ 59.4 ซึ่งพบปัญหาในแต่ละระยะของการทำหน้าที่ทางเพศ ได้แก่ ระยะตื่นตัว มีความต้องการทางเพศลดลงร้อยละ 28 ระยะกำหนด มีอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรืออวัยวะเพศไม่แข็งตัว ร้อยละ 64 ระยะจุดสุดยอด ถึงจุดสุดยอดลดลงร้อยละ 8 และระยะกลับสู่สภาพ มีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 23 สอดคล้องกับ Arenhall et al. (2018) พบว่าการทำหน้าที่ทางเพศของคู่ครองของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ครั้งแรกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระยะเวลา 4 เดือน และ 6 เดือน พบว่ายังคงมีปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศเช่นเดิม จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ 48 และไม่กลับไปมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 11 แต่จะดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศชายที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศระดับรุนแรงภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจไปแล้ว 4-6 เดือน (Gotawski et al., 2017) Smith et al. (2021) พบว่าปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งเกิดจากพยาธิสภาพภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังหลอดเลือดส่วนปลายรวมถึงอวัยวะสืบพันธุ์ไม่เพียงพอ ร่วมกับมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยไม่กล้าที่จะขอคำปรึกษาด้วยเหตุผลหลายรายมองว่าการพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรเปิดเผย และอาจจะโดนมองในด้านลบโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้อาจเกิดจากที่ไม่ได้รับคำแนะนำหรือปรึกษาในประเด็นเพศสัมพันธ์จากบุคลากรทางสุขภาพ อาจคิดว่าผู้ป่วยไม่ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ บุคลากรไม่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษา ขาดการฝึกอบรมการให้ข้อมูลเรื่องสุขภาพทางเพศ และมีภาระงานมาก เป็นต้น (Steinke, 2016) ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 86.4 ต้องการคำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่ต้องการคำปรึกษาเรื่องสัญญาณอันตรายระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 75 ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลงจากการไม่ได้รับคำแนะนำ (วินิตย์ หลงละเลิง, 2561) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และกลัวอาการกำเริบซ้ำ หรือมีประสบการณ์อาการกำเริบระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในบทบาททางเพศของตน และกลับมามีเพศสัมพันธ์ช้าลงหรือหยุดมีเพศสัมพันธ์ได้ในที่สุด

การทำหน้าที่ทางเพศบกพร่องส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย ได้แก่ มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลงร้อยละ 40.5 มีความต้องการทางเพศลดลงร้อยละ 45.9 หลังเร็วและไม่ถึงจุดสุดยอดร้อยละ 24.3 (วินิตย์ หลงละเลิง, 2561) ผลจากการขาดความต้องการทางเพศ ทำให้ผู้ป่วยมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง พบในเพศชายร้อยละ 59 เพศหญิงร้อยละ 48 (Lindau, 2012) ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวลร้อยละ 37 เนื่องจากกลัวว่าการมีเพศสัมพันธ์กระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตายกำเริบ หรือเสียชีวิตคาอณขณะมีเพศสัมพันธ์ (Harini et al., 2016; Smith et al., 2021; Tirgari et al., 2019) ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 เนื่องจากปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งทำให้ความเพลิดเพลิน สนุกสนาน และความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง สูญเสียความมั่นใจ (Denial et al., 2018; Tirgari et al., 2019) ผลกระทบด้านสังคมเกิดปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศในชีวิตสมรส การแยกกันอยู่ หย่าร้าง (Tirgari et al., 2019) ทำให้อัตราการเกิดลดลงได้ในอนาคต (Lindau et al., 2014) สังคมครอบครัวล่มสลาย ส่งถึงปัญหาเด็กขาดความรัก ขาดความอบอุ่น ถูกทอดทิ้ง เกิดปัญหาสังคม เช่น ปัญหาเด็กหนีโรงเรียน ปัญหาอาชญากรรม และปัญหายาเสพติด เป็นต้น (นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และคณะ, 2546 อ้างถึงใน วินิตย์ หลงละเลิง, 2561)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วย AMI ภายหลังการทำ PCI แบ่งปัจจัยตามระยะดังนี้ ระยะการฟื้นตัวทางเพศ และระยะการกลับสู่สภาพ ได้แก่ เพศ (พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2563) อายุ (Hodžić et al., 2019; Rambhatla & Rajfer, 2018) ความพึงพอใจทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม (ชัยญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554; พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2563) ความตระหนักของผู้ป่วยและคู่ครอง การเฝ้าระวังมากเกินไปจากคู่ครอง ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ (Arenhall et al., 2018) ความกลัวการเคลื่อนไหว (เตือนใจ โพธิ์ประดับ และคณะ, 2565) ส่งผลต่อความต้องการทางเพศ และการเร้าอารมณ์ทางเพศระยะกำหนด และระยะจุดสุดยอด ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (เตือนใจ โพธิ์ประดับ และคณะ, 2565; พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2563) จำนวนการตีบของหลอดเลือด (Goławski et al., 2017) ประเทยารักษาโรคหัวใจ (Manolis et al., 2020) ความเครียด (Tirgari et al., 2019) ความกลัวภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายกำเริบซ้ำ (Smith et al., 2021) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ (ชัยญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554; พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2563) โรคที่เกิดร่วมกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (ชัชวาล วงศ์สาลี, 2559) ส่งผลต่อความสามารถแข็งตัวของอวัยวะเพศ การถึงจุดสุดยอด และการหลั่งน้ำอสุจิ แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นมีความสัมพันธ์และสามารถส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศได้ทุกระยะของการทำหน้าที่ทางเพศ

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น เพศ อายุ ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถนำมาจัดกระทำได้ ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ ได้แก่ ความพึงพอใจทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ เนื่องจากมีความสัมพันธ์และร่วมทำนายการทำหน้าที่ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และทั้ง 4 ปัจจัย สอดคล้องกับแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual Self-Concept) (Steinke et al., 2008) จากทบทวนวรรณกรรมความวิตกกังวลทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายการทำหน้าที่ทางเพศ (Smith et al., 2021) สอดคล้องกับ พรธชา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2563) พบว่าความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชาย (ชัยญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) และ Ziaei et al. (2018) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศต่อสุขภาพทางเพศในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์พบว่าการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้นการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศจะส่งผลให้การทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้น

ตามมาตรฐาน American Heart Association [AHA] / European Society of Cardiology [ESC] Guideline 2012 กำหนดแนวทางปฏิบัติให้แพทย์ พยาบาล แนะนำผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจเริ่มกลับมามีเพศสัมพันธ์ภายใน 1-2 สัปดาห์ได้ กรณีผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนของระบบหลอดเลือดหัวใจและบริเวณหลอดเลือดที่ทำหัตถการหลังจำหน่าย (Smith et al., 2022) แต่ควรตรวจสอบความพร้อมของร่างกายก่อนมีเพศสัมพันธ์ เช่น เดินบนลู่วิ่งได้ ระยะทาง 3.2 กิโลเมตรต่อชั่วโมง เดินระยะทาง 1 ไมล์หรือ 1.60 กิโลเมตร (2-3 ช่วงตึก) ภายในระยะเวลา 10-15 นาที หรือขึ้น-ลงบันได 2 ชั้น อย่างรวดเร็ว (20 ชั้นในระยะเวลา 10 วินาที) โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ และการทำทดสอบสมรรถภาพหัวใจโดยการวิ่งสายพานซึ่งกิจกรรมดังกล่าวใช้พลังงานเท่ากับ 5-6 Metabolic equivalent task (METs) ในขณะที่การมีเพศสัมพันธ์ใช้พลังงานเพียง 3-5 METs หากผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ ก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย (Levine et al., 2012)

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในราชูปถัมภ์ (2563) กำหนดแนวทางมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายโดยทั่วไปของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ การได้รับยาป้องกันทุติยภูมิ เช่น Antiplatelets, Beta blockers, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) หรือ Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) และ Statins เป็นต้น ประเมินการทำงานของหัวใจโดยการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) โปรแกรม การเลิกบุหรี่ และโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การดูแลภายหลังจำหน่าย ได้แก่ การติดตาม การเสียชีวิตภายหลังจำหน่ายภายใน 30 วัน และการให้คำแนะนำ คำปรึกษา เช่น การรับรู้และ จัดการอาการเมื่อเกิดอาการผิดปกติ การควบคุมปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจซ้ำ การปรับเปลี่ยนเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย และการมี เพศสัมพันธ์ เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้พบว่ารูปแบบการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลต้ง มีความคล้ายคลึงกัน โดยหลังจำหน่ายผู้ป่วยจะได้รับ นัดติดตามอาการเพื่อประเมินผลการรักษาและรับยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาล จะให้ คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Cognitive behavioral intervention) ลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การรับประทานอาหาร การเลิกบุหรี่ การ ออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด รวมถึงคู่มือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับก่อนจำหน่ายที่กล่าวถึงประเด็นเพศสัมพันธ์ คือ งดการมีเพศสัมพันธ์ 1 เดือนหลังจากจำหน่าย ซึ่งไม่ได้ระบุแนวทางการปฏิบัติตัวที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มกลับไปมี เพศสัมพันธ์ได้ และยังไม่พบแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศที่เฉพาะกับ ผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศ ไม่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ มีการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม ทางเพศ และการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในต่างประเทศ Xu et al. (2015) ศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาส่งเสริมกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วย AMI หลังทำ PCI พบว่า ระยะเวลาในการกลับมาเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มที่ให้คำปรึกษาเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษาอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) Soroush et al. (2018) ศึกษาโปรแกรมให้ความรู้ มิติด้านอารมณ์ทาง เพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ สามารถลดความกลัวการมีเพศสัมพันธ์ และเพิ่มการ ทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Tirgari et al. (2019) ศึกษาโปรแกรมการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศต่อความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ พบว่าสามารถลดความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า เพิ่มการทำหน้าที่ ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) Palm et al. (2019) ศึกษาผลของการฟื้นฟู สมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจเพศชายที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศต่อการทำหน้าที่

ทางเพศ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมมีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0003$) สำหรับประเทศไทยถึงแม้ว่าจะมีการตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจแต่ก็มีการศึกษาจำกัด ดังเช่น วินิตย์ หลงละเลิง (2546) ศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และ สมพร งามวิสัย (2553) ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบวิธีการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ 2) การให้คำปรึกษา 3) การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพร่างกาย และกล้ามเนื้อ อุ้งเชิงกราน และ 4) การโทรศัพท์ติดตามอาการ โดยกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นรูปแบบรายบุคคลและพูดคุยต่อหน้า (face to face) แต่อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อน โดยสังคมและวัฒนธรรมไทยถือเป็นเรื่องส่วนตัว ในขณะเดียวกันผู้ป่วยเขินอายไม่กล้าสอบถามปัญหาเรื่องเพศแบบต่อหน้า (Arenhall et al., 2018) อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา และการแก้ไขปัญหาได้ตรงกับความต้องการ ซึ่งในปัจจุบันมีการนำสื่อสังคมออนไลน์โดยเฉพาะโทรศัพท์ เป็นเครื่องมือสื่อสารที่สามารถใช้ได้ทุกที่ ได้รับการยอมรับมีความน่าเชื่อถือสำหรับให้ข้อมูลด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลาย มีประสิทธิภาพในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ (Watzke et al., 2017) Farajkhoda et al. (2022) ศึกษาประสิทธิภาพระหว่างการใช้สื่อออนไลน์ และโทรศัพท์สำหรับส่งเสริมทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจเพศหญิงที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าทั้งสองวิธีส่งผลให้การทำหน้าที่เพศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้วยวิธีโมบิลแอปพลิเคชันดีกว่าการใช้โทรศัพท์ ($p < .002$) สอดคล้องกับ กิตติยา มหาวิริโยทัย (2563) นำแอปพลิเคชันไลน์มาเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลสำหรับการให้ข้อมูล สร้างแรงจูงใจ ติดตามและเสริมสร้างทักษะการเฝ้าระวังตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้นำแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคิดการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ (Masters & Johnson, 1966 อ้างถึงใน วินิตย์ หลงละเลิง, 2546) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997 อ้างถึงใน สมพร งามวิสัย, 2553) แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับแนวคิดฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศ (Palm et al., 2019; Soroush et al., 2018; Tirgari et al., 2019; Xu et al., 2015) แต่อย่างไรก็ตามยังไม่ครอบคลุมทุกมิติของการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมเพียงด้านใดด้านหนึ่งขององค์ประกอบการทำหน้าที่ทางเพศ ในขณะที่ผลการศึกษาปัจจัยคัดสรรและ

ปัจจัยทำนาย ซึ่งตัวแปรถูกนำมาใช้ในศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายหลายการศึกษาและส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดอ้อมโนทัศน์ทางเพศ ของ Steinke et al. (2008) แต่ยังไม่พบการนำปัจจัยดังกล่าวมาใช้เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงนำผลการศึกษาดังกล่าวมาพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แนวคิดอ้อมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน (ขวัญฤดี ฮวดหุ่น, 2560; ศุภศิลา ปุณณวิจิตรเจือวงศ์, 2556) สำหรับเป็นช่องทางติดต่อสื่อสาร พุดคุยปรึกษาเรื่องปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีความเป็นส่วนตัว ให้ความรู้คำแนะนำ และติดตามประเมินผล ได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว ลดความวิตกกังวลทางเพศส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสมในผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) ของ Steinke et al. (2008) เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ความพึงพอใจทางเพศ (Sexual satisfaction) เป็นความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในมุมมองของตัวเอง เมื่อเกิดความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์จะคงการมีกิจกรรมทางเพศต่อเนื่องไป เป็นปกติหรือมีความต้องการเพิ่มขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ (Perceived sexual self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ตามความต้องการและสำเร็จ ความวิตกกังวลทางเพศ (Sexual anxiety) เป็นความวิตกกังวลใจถึงผลกระทบหรืออันตรายที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ (Sexual depression) เป็นความรู้สึกเศร้า ไม่มีความสุขในสัมพันธ์ภาพทางเพศ เนื่องจากเมื่อมีความต้องการทางเพศแล้ว ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะกระทำได้ หรือสามารถกระทำได้แต่ปฏิเสธเพราะกลัวอันตรายต่อชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าองค์ประกอบของแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ Masters & Johnson (1966; p 182-188) กล่าวว่า การทำหน้าที่ทางเพศ เป็นการตอบสนองทางเพศจากความต้องการทางเพศ หรือการได้รับการกระตุ้นทางเพศจากทางร่างกายและจิตใจ มี 4 ระยะ 1) ระยะตื่นตัว (excitement phase) เป็นระยะที่อวัยวะเพศจะเริ่มขยายขนาดและแข็งตัว ในระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับได้รับการกระตุ้น หรือการถูกยับยั้งจากทางร่างกายและจิตใจ และอาจจะหยุดได้ 2) ระยะกำหนด (plateau phase) เป็นระยะที่อวัยวะเพศแข็งตัวจนสามารถสอดใส่ และคงสภาพการแข็งตัวของอวัยวะเพศตลอดระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ ถ้าหากการกระตุ้นทางเพศหรือความต้องการทางเพศไม่เพียงพอ หรือทั้งหมดหยุดลงจะทำให้ไม่สามารถดำเนินไปยังระยะสุดยอดได้ หรือยาวนานมากขึ้น โดยมีปัจจัยมาจากการได้รับการกระตุ้นทางเพศร่วมกับแรงขับส่วนบุคคล 3) ระยะจุดสุดยอด (orgasmic phase) เป็นระยะที่เกิดการหลั่งน้ำอสุจิ รูปแบบการตอบสนองของร่างกายทั้งหมดเกิดขึ้นจากประสบการณ์แต่ละบุคคล 4) ระยะการกลับสู่สภาพ (resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการตอบสนองทางเพศ อวัยวะเพศจะอ่อนตัวลงและกลับสู่ในสภาพปกติ ในบางรายพบว่าสามารถที่จะกลับไปสู่ระยะกำหนดและจุดสุดยอดอีกครั้งได้หลังจากถึงจุดสุดยอดแล้ว ซึ่งขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางเพศและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นได้ว่า การทำหน้าที่ทางเพศมีความเกี่ยวข้องกันทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ดังนั้นโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้เพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ทางเพศของบุคคลให้ดีขึ้นจะต้องคำนึงถึงอิทธิพลทั้ง 4 ปัจจัยของแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ มาจัดกระทำร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดอัตมโนทัศน์ทางเพศที่ดี โดยมีรายละเอียดขั้นตอนของกิจกรรม ดังนี้

ความพึงพอใจทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าความพึงพอใจทางเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($\beta = 0.18, p < .05$) (ชัยญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยพร้อมขออนุญาตพูดคุยในประเด็นเรื่องเพศสัมพันธ์ สอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ต่อตนเอง และคู่ครอง เป้าหมายและแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมความพึงพอใจในขณะที่ยังไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ เช่น การกอด การจูบ การสัมผัส หรือการพูดคุยถึงความต้องการทางเพศกับคู่ครอง เป็นต้น ระยะเวลา 15-20 นาที

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศสามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศ ($\beta = 0.22 < .05$) (ชัยญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) สอดคล้องกับ พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2563) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r = .212, p < .05$) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคและผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางเพศภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประเมินสมรรถภาพทางร่างกายผู้ป่วย และแนะนำให้ผู้ป่วยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อเปรียบเทียบระดับพลังงานที่ใช้ในการมีกิจกรรมทางเพศด้านเพศสัมพันธ์ แนะนำการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางร่างกาย และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ระยะเวลา 15-20 นาที

ความวิตกกังวลทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($\beta = -0.43, p < .05$) (Smith et al., 2021) และความวิตกกังวลทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.495, p < .05$) (พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2563) โดยผู้วิจัยให้ความรู้การปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การเฝ้าระวังสัญญาณอันตรายและการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ ผ่านคู่มือการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และผู้ป่วยสามารถขอคำปรึกษาส่วนบุคคล ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและมีความมั่นใจ ระยะเวลา 20-30 นาที

ภาวะซึมเศร้าทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่า ภาวะซึมเศร้าทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.407, p < .05$) (พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2563) และ ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการทำหน้าที่ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -1.23, p < .05$) (Smith et al., 2021) สอดคล้องกับ ชัญญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ภาวะซึมเศร้าร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($\beta = -0.29, p < .05$) โดยผู้วิจัยสอบถามปัญหา และอุปสรรคทั้งทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ความกลัวการกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศภายหลังจากการกลับไปมีเพศสัมพันธ์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ขอคำปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำ คำปรึกษา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ระยะเวลา 10-15 นาที

จากวรรณกรรมข้างต้นเห็นได้ว่าปัจจัยทั้ง 4 ซึ่งเป็นองค์ประกอบตามแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศของ Steinke et al. (2008) ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างไรก็ตามแม้ว่าเรื่องเพศจะเป็นที่ยอมรับว่าเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต และเป็นความสุขสมบูรณ์ของชีวิตคู่ แต่ในสังคมและวัฒนธรรมไทยถือเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรพูด และไม่ควรเปิดเผย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าสอบถามปัญหาเรื่องเพศกับพยาบาลโดยตรง ปัจจุบันมีการนำสื่อสังคมออนไลน์ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันมาเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่มีความเป็นส่วนตัวสำหรับให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษาสามารถเข้าถึงการดูแลในมิติด้านจิตใจ ติดตามและประเมินผลได้อย่างรวดเร็วและสะดวกทุกที่ทุกเวลา กิตติยา มหาวิริโยทัย (2563) นำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการส่งเสริมทักษะการเฝ้าระวังตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจ ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) Farajkhoda et al. (2022) ศึกษาโปรแกรมการมีเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพศหญิงผ่านการใช้วอทแอปพลิเคชัน (WhatsApp) และโทรศัพท์ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ใช้โมบายล์แอปพลิเคชัน

การศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง (2546) ศึกษาส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชาย ที่ 4 สัปดาห์ และ สมพร งามวิสัย (2553) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 สัปดาห์ Palm et al. (2019) ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจเพศชายที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ 12 สัปดาห์ Tirgari et al. (2019) ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศต่อความเครียด ความวิตกกังวล

ภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยเพศชายที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเวลา 4 สัปดาห์ Soroush et al. (2018) ศึกษาโปรแกรมให้ความรู้เรื่องความต้องการทางเพศต่อมิติทางด้านจิตใจของการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์ และลดความกลัวเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนต่อการทำหน้าที่ทางเพศเมื่อดำเนินการอย่างต่อเนื่องพบว่าส่วนใหญ่อยู่ที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์ (วินิตย์ หลงละเลิง, 2546; สมพร งามวิสัย, 2553; Soroush et al., 2018; Tirgari et al., 2019) และสามารถประเมินผลลัพธ์ภายหลังดำเนินกิจกรรมทันทีเมื่อกิจกรรมเสร็จสิ้น และสามารถติดตามต่อเนื่องได้ที่ระยะ 8 สัปดาห์ หรือ 12 สัปดาห์เพื่อประเมินผลซ้ำ (Palm et al., 2019; Tirgari et al., 2019)

จากวรรณกรรมพบรูปแบบการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การให้ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศ การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ โดยกระบวนการให้ความรู้คำปรึกษารายบุคคลทั้งในรูปแบบต่อหน้า และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์องค์ประกอบตามแนวคิดอ้อมโนทัศน์ทางเพศของ Steinke et al. (2008) มาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศรวมกับการใช้โมบิลแอปพลิเคชันในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว และพยาบาลสามารถให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์ และปัญหาสุขภาพทางเพศภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในรูปแบบรายบุคคลที่มีความเป็นส่วนตัว สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นระยะเวลา โดยดำเนินการโปรแกรมส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชัน ระยะเวลา 3 สัปดาห์ และดำเนินกิจกรรมทบทวนโปรแกรมผ่านโมบิลแอปพลิเคชันซ้ำในสัปดาห์ที่ 4 พร้อมทั้งประเมินการทำหน้าที่ทางเพศเมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางเพศได้เหมาะสม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชันดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชัน
2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชันมีการทำหน้าที่ทางเพศดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมไบล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน

ตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ทางเพศ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายเมื่อเกิดความต้องการทางเพศ หรือได้รับการกระตุ้นทางเพศมีการตอบสนองทางเพศ โดยอวัยวะเพศจะเริ่มขยายตัว และแข็งตัวเต็มที่จนสามารถสอดใส่ และคงสภาพการแข็งตัวของอวัยวะเพศตลอดระยะเวลาระหว่างมีเพศสัมพันธ์จนกระทั่งหลั่งน้ำอสุจิ เกิดความรู้สึกพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์และกลับสู่สภาพปกติ อวัยวะเพศอ่อนตัวลงและขนาดเล็กลงเท่าปกติ ประเมินโดยใช้เครื่องมือแบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ ฉบับภาษาไทย ของ อภิชาติ กองนันทน์ และคณะ (2546) แปลมา จาก Rosen et al. (1997) เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการทำหน้าที่ทางเพศดี

โปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน หมายถึง รูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลอย่างมีแบบแผน ประยุกต์แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเน้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ลดความวิตกกังวลทางเพศ และลดภาวะซึมเศร้าทางเพศ สามารถพูดคุย ขอคำแนะนำ คำปรึกษาเรื่องเพศได้โดยตรงและสื่อสารผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันในรูปแบบรายบุคคล มีรายละเอียด ดังนี้

ความพึงพอใจทางเพศ เป็นความรู้สึกพอใจในเพศสัมพันธ์ เมื่อมีความต้องการทางเพศสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จ มีความสุขที่ได้รับการตอบสนองทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ประเมินระดับความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเป้าหมายในการทำหน้าที่ทางเพศที่ต้องการ แนะนำการปฏิบัติระยะที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ และหลังมีเพศสัมพันธ์การแสดงพฤติกรรมเพื่อเพิ่มความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การสัมผัส การกอด (สัปดาห์ที่ 1: 15-20 นาที สัปดาห์ที่ 2-4)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ เป็นความมั่นใจ เชื่อมมั่นใน และรับรู้ระดับความสามารถของตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ สร้างความมั่นใจในการทำหน้าที่ทางเพศให้ผู้ป่วย เช่น ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม หรือการทดสอบสมรรถภาพหัวใจโดยการวิ่งสายพานก่อนมีเพศสัมพันธ์ และให้ความรู้ การออกกำลังกายส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศ ได้แก่ การออกกำลังกายส่งเสริมกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (สัปดาห์ที่ 1: 15-20 นาที สัปดาห์ที่ 2 - 4 ผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน 1 ครั้ง/สัปดาห์)

ความวิตกกังวลทางเพศ เป็นความตึงเครียด และวิตกกังวลเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากกลัวอันตราย หรืออาการกำเริบซ้ำของ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ประเมินความวิตกกังวลทางเพศ และให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาที่สามารถเริ่มกลับมามีเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนมีเพศสัมพันธ์ ใช้คู่มือการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ (สัปดาห์ที่ 1: เวลา 20-30 นาที สัปดาห์ที่ 2 -4 ผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน)

ภาวะซึมเศร้าทางเพศ เป็นความรู้สึกเบื่อ ไม่มีความสุขเกี่ยวกับสัมพันธ์ทางเพศ จากภาวะความเจ็บป่วยทางร่างกาย และไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศเนื่องจากกลัวอาการกำเริบซ้ำ เป็นความรู้สึกทางด้านจิตใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ประเมินและค้นหาสาเหตุของภาวะซึมเศร้า โทรติดตามอาการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก อุปสรรคที่ไม่สามารถทำหน้าที่ทางเพศ หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (สัปดาห์ที่ 1: 10-15 นาที สัปดาห์ที่ 2-4 ผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน)

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามประเมินอาการและประเมินสัญญาณชีพ พยาบาลจะให้คำแนะนำและคู่มือการดูแลตัวเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจติดตามอาการตามนัด และงดมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 1 เดือนหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีการทำหน้าที่ทางเพศได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย
2. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล สำหรับการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยเพศชายภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญและเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.2 ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.3 ชนิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.5 พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.6 อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.7 แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 - 1.8 ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.1 ความหมายของการทำหน้าที่ทางเพศ
 - 2.2 การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.3 การประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ
4. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ
5. โปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิด

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากรายงานสถิติการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ. 2563 พบว่าสาเหตุอันดับ 1 ที่ทำให้เสียชีวิต คือ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.2 มากกว่าสามในสี่เกิดในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง สำหรับสถานการณ์ของ AMI ในประเทศไทย พบว่าปีพ.ศ. 2564 มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดร้อยละ 34.67 โดยแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยเฉพาะผู้ป่วย ASTEMI มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือประมาณร้อยละ 16.80 ในปีพ.ศ. 2564 อย่างไรก็ตามหากติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป 1 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตยังค่อนข้างสูงโดยผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตร้อยละ 14 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในราชูปถัมภ์, 2564)

1.2 ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง เป็นภาวะใดๆก็ตามที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้น ในขณะที่มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจจากลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน และในทางพยาธิวิทยา หมายถึง การตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่เป็นผลจากการขาดเลือดอย่างน้อยต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 20 นาที (นพดล ชำนาญผล, 2563)

1.3 ชนิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิกและพยาธิสรีรวิทยา มี 5 ชนิด ดังนี้ (Thygesen et al., 2018)

1.3.1 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่ 1 เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดจากหลอดเลือดมี atherothrombosis โดยเริ่มจากการแตกปริ (rupture or erosion) ของ atherosclerotic plaque ทำให้การกระตุ้นเกล็ดเลือดเกิดการจับกลุ่มของเกล็ดเลือดและพัฒนาไปเป็นลิ่มเลือด เป็น 2 กลุ่ม 1) ST- Elevation MI (STEMI) และ 2) Non-ST-Elevation myocardial infarction (NSTEMI)

1.3.2 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่ 2 เกิดจากความไม่สมดุลของความเพียงพอและความต้องการใช้ออกซิเจน แต่ผู้ป่วยอาจมีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเรื้อรังมาอยู่ก่อน เช่น การเสียเลือดเฉียบพลันภายนอกจนทำให้เกิดความดันโลหิตตก และมีการไหลเวียนของเลือดลดลง นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ ที่ลด oxygen supply เช่น ภาวะหัวใจเต้นช้า และภาวะที่เพิ่มความต้องการใช้ oxygen เช่น ภาวะหัวใจเร็วมากผิดปกติ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจหนา

1.3.3 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่ 3 ใช้วินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการและผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเข้าได้กลับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือมี ventricular fibrillation (VF) และผู้เสียชีวิตก่อนได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาค่า cardiac specific troponin หรือเสียชีวิตก่อนที่ค่า cardiac specific troponin จะสูงขึ้นผิดปกติ

1.3.4 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่ 4 แบ่งเป็น 3 ชนิดย่อย คือ

1.3.4.1 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่ 4a เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดจากการทำหัตถการสายสวนเกิดภายใน 48 ชั่วโมง โดยตรวจพบ cardiac specific troponin สูงขึ้นกว่า 5 เท่าของ 99 percentile ของค่าปกติ ฉีดสีตรวจหลอดเลือดหัวใจพบมีภาวะแทรกซ้อนจากการทำ PCI เช่น การเกิด coronary dissection ภาวะ no reflow/ slow flow

1.3.4.2 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่ 4b เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันเฉียบพลันในขดลวดข้างขยายหลอดเลือดหัวใจ (stent thrombosis) แบ่งภาวะนี้ตามระยะเวลาการเกิด คือ 0-24 ชั่วโมงแรก หลังรับการใส่ขดลวดข้างขยายหลอดเลือดหัวใจ เรียกว่า acute stent thrombosis 1-30 วันหลังการใส่ เรียกว่า sub-acute stent thrombosis 30 วันถึง 1 ปี เรียกว่า late stent thrombosis และหากนานกว่า 1 ปี เรียกว่า very late stent thrombosis

1.3.4.3 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่ 4c เกิดจากมีการตีบซ้ำ (restenosis) หลังจากการใส่ขดลวดข้างขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นไปในลักษณะซ้ำๆ เกิดจาก neointimal hyperplasia

1.3.5 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่ 5 เป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดจากการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ โดยต้องเกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และมีค่า cardiac specific troponin มากกว่า 10 เท่า

1.4 ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ และปัจจัยที่แก้ไขได้

1.4.1 ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้

1.4.1.1 เพศ พบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่าในช่วงอายุเดียวกัน โดยเพศหญิงจะช้ากว่าเพศชายเฉลี่ย 7-10 ปี เนื่องจากเพศหญิงยังคงมีประจำเดือนซึ่งมีเอสโตรเจนฮอร์โมนช่วยป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (นุชลี หล้ามะโฮง, 2563)

1.4.1.2 อายุ แนวโน้มการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลง พบว่าอายุ 35-39 คิดเป็นร้อยละ 32.80 (ทิพย์สุตา พรหมดนตรี และ จินตนา คำเกลี้ยง, 2564) โดยทั่วไปเพศชายมักเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดช่วงอายุ 35-60 ปี และเพศหญิงมักเกิดภาวะดังกล่าวเมื่ออายุมากกว่า 55 ปีหรือหลังหมดประจำเดือน (นุชลี หล้ามะโฮง, 2563)

1.4.1.3 กรรมพันธุ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดคราบตะกรันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีและผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและจะมีความเสี่ยงมากขึ้นหากมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง สูบบุหรี่ (ทิพย์สุตา พรหมดนตรี และ จินตนา คำเกลี้ยง, 2564)

1.4.2 ปัจจัยที่แก้ไขได้

1.4.2.1 บุหรี่ เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด atherosclerosis ซึ่งทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและตีบตัน มีผลโดยตรงในการกระตุ้น catecholamine ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดแดงส่วนปลายรวมถึงหลอดเลือดแดงโคโรนารีหดเกร็งตัว หัวใจทำงานหนักขึ้นแต่ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (ทิพย์สุตา พรหมดนตรี และ จินตนา ดำเกลี้ยง, 2564)

1.4.2.2 เบาหวาน พบว่าเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิด atherosclerosis และอุบัติการณ์การเกิด AMI ในผู้ป่วยเบาหวานสูงถึงร้อยละ 20 ภายใน 7 ปี ขณะที่ผู้ไม่เป็นเบาหวานในกลุ่มอายุเดียวกันมีอุบัติการณ์เพียงร้อยละ 3.5

1.4.2.3 ความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตสูงที่ขึ้น แสดงถึงหลอดเลือดมีการแข็งตัวเพิ่มขึ้น ขาดความยืดหยุ่น และเกิดมีไขมันสะสมภายในผนังหลอดเลือดง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดแดงโคโรนารีก็จะตีบแคบลงเกิดภาวะการขาดเลือดง่ายมากขึ้น

1.4.2.4 ไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิด atherosclerosis นอกจากนี้การที่มีไขมันในเลือดสูงยังไปกระตุ้นการทำงานของเกร็ดเลือด ทำให้เกิดเป็นลิ่มเลือดที่เยื่อผนังภายในของหลอดเลือดตรงตำแหน่งที่มีรอยโรค (plaque) หลอดเลือดจึงเกิดการอุดตันได้ (ทิพย์สุตา พรหมดนตรี และ จินตนา ดำเกลี้ยง, 2564)

1.4.2.5 ความอ้วน พบว่ามีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนัก เนื่องจากต้องใช้แรงในการบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายให้ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ดัชนีมวลกายในคนไทยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดคือ ภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ผู้ที่มีกลุ่มอาการอ้วนลงพุง (metabolic syndrome) มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานร้อยละ 10 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า

1.4.2.6 การใช้สารเสพติด ได้แก่ แอมเฟตามีน กัญชา มีผลต่อหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้หลอดเลือดเสื่อมไวขึ้น เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด และมีหลอดเลือดตีบตัน จนทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Malik et al., 2016; Sinha et al., 2017)

1.4.2.7 การไม่ออกกำลังกาย พบว่าการใช้ชีวิตแบบไม่ได้ออกกำลังกายจะทำให้หลอดเลือดหนาและแข็งตัวเร็วขึ้นส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ร้อยละ 38.70-55.30 Malik et al. (2016) และ Sinha et al. (2017) กล่าวว่า การออกกำลังกายช่วยลดการหนาตัวของหลอดเลือดโคโรนารีได้ เมื่อออกกำลังกายอย่างน้อย 4 ชั่วโมง/สัปดาห์

1.4.2.8 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง รับประทานกากใยต่ำ และอาหารประเภทโปรตีนสูงเนื่องจากมีสารไฮโมซีสเทอีนในเลือดสูง $\geq 150 \mu\text{mol/l}$ ทำให้หลอดเลือดหนาและแข็งตัวเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ตั้งแต่อายุน้อยได้ (ทิพย์สุตา พรหมดนตรี และ จินตนา คำเกลี้ยง, 2564)

1.4.2.9 ความเครียดสูง เนื่องจากความเครียดส่งผลให้ร่างกายหลั่งสาร catecholamine กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกจะมีความดันโลหิตสูงขึ้นเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ หัวใจทำงานหนักมากขึ้นเพิ่มการหลั่งกรดไขมันอิสระและกลูโคส ทำให้เยื่อผนังด้านในของกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบเร่งการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ (ทิพย์สุตา พรหมดนตรี และ จินตนา คำเกลี้ยง, 2564)

1.4.2.10 การใช้ยาคุมกำเนิด พบว่ามีผลทำให้หลอดเลือดแข็งตัวเร็วกว่าปกติ โดยเฉพาะยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน พบว่าเพศหญิงอายุมากกว่า 40 ปีที่ทานยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง 4-20 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน

1.4.2.11 อากาศที่หนาวเย็น เนื่องจากความหนาวทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีหดตัวรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีโรค atherosclerosis อยู่แล้ว อาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (กิตติกร นิลมานันต์ และคณะ, 2558)

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลงอยู่ในช่วงอายุ 35-39 ปี โดยเฉพาะในเพศชายและหากมีปัจจัยเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ เครียด อ้วน และ ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น จะมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้เร็วกว่าเพศหญิง ในขณะที่เพศหญิงมักเกิดภาวะดังกล่าวเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี หรือหลังหมดประจำเดือน

1.5 พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สาเหตุสำคัญที่สุดเกิดจาก atherothrombosis คือ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบจากการเสื่อมสภาพของผนังหลอดเลือดแดงร่วมกับกระบวนการเกิดขึ้นของตะกรันที่เกาะหลอดเลือดจะโตขึ้นช้าๆ จึงขัดขวางการไหลเวียนของเลือดอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งต่อมาอาจแตกหรือปริของ atherosclerotic plaque ทำให้เกิดเกล็ดเลือดสัมผัสเนื้อเยื่อที่ใต้เยื่อหลอดเลือด เช่น ไขมันเป็นตัวกระตุ้นการเกิดลิ่มเลือดกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดและคอลลาเจนกระตุ้นการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด และระบบการแข็งตัวของเกล็ดเลือดเกิดการสร้างลิ่มเลือดนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจ ทำให้การไหลเวียนลดลงอย่างมากและอย่างรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Thygesen et al., 2018 อ้างถึงใน นพดล ชำนาญผล, 2563)

1.6 อาการและการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อเกิดภาวะ AMI จะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายและเกิดกระบวนการเผาผลาญพลังงานแบบไม่ใช้ออกซิเจน หลังสาร bradykinin, kinin และ adenosine ซึ่งไปกระตุ้นเส้นใยประสาทรับความเจ็บปวดที่อยู่ชั้นนอกของหลอดเลือดแดงโคโรนารีและกล้ามเนื้อหัวใจ เข้าสู่ superficial cardiac plexus และ deep cardiac plexus ซึ่งอยู่บริเวณรากฐานของเส้นประสาทไขสันหลังส่วนอกที่ 1-5 โดยส่งกระแสประสาทผ่าน sympathetic system เกิดการรับรู้และแปลความรู้สึกเจ็บปวดไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ บริเวณผนังทรวงอกตั้งแต่บริเวณใต้กระดูกไหปลาร้าลงมาถึงกระดูกซี่โครงซี่ที่ 7 ผนังหน้าอกส่วนด้านหน้าและด้านข้าง อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกกดทับ เจ็บบริเวณหน้าอกหรือเจ็บแน่นบริเวณลิ้นปี่ เจ็บแน่นหรือเจ็บปวดร้าวไปบริเวณคอ ขากรรไกร แขนซ้าย หัวไหล่ซ้ายหรือหัวไหล่ทั้ง 2 ข้าง อาการมักเป็นนานมากกว่า 15-20 นาที นอกจากนี้มีอาการอื่นๆ เช่น อาการหายใจหอบเหนื่อย เหงื่อออกท่วมตัว พบได้ร้อยละ 10 และอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หหมดเรียวแรง โดยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (นพดล ชำนาญผล, 2563)

1.7 แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.7.1 การรักษาเบื้องต้น มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อบรรเทาอาการของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่รักษาเฉพาะ หลักการที่นิยมใช้กันโดยทั่วไป คือ “M-O-N-A” ซึ่งเป็นตัวย่อของการรักษาแต่ละชนิด (แต่ไม่ได้หมายรวมถึงลำดับในการรักษา) (Ibanez et al., 2017 อ้างถึงใน นพดล ชำนาญผล, 2563; Overbaugh, 2009 อ้างถึงใน กฤษณ์ ลิ้มสวัสดิ์, 2564) ได้แก่

1.7.1.1 M: Morphine ยามอร์ฟิน ใช้เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วย ACS ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา nitroglycerin นอกจากนี้ยังสามารถคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ด้วย ขนาดยาที่นิยมใช้ คือ 2 - 4 มก.ของยามอร์ฟิน ให้ทางหลอดเลือดดำซ้ำๆ ให้ซ้ำได้ทุก 5-15 นาทีขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย

1.7.1.2 N: Nitrate ยากลุ่ม nitrate มีผลขยายหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะในส่วนที่เป็นรอยโรค นอกจากนี้ยังขยายหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (peripheral artery) และหลอดเลือดดำ จึงช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยทั่วไปนิยมใช้ isosorbide dinitrate ขนาด 5 มก. 1 เม็ด อมใต้ลิ้น ซ้ำได้ทุก 3 - 5 นาที (ไม่เกิน 3 เม็ด) ข้อห้ามของยากลุ่ม nitrate เช่น ประวัติใช้ยากลุ่ม phosphodiesterase inhibitor (ภายใน 24 ชั่วโมงสำหรับ sildenafil และภายใน 48 ชั่วโมงสำหรับ tadalafil)

1.7.1.3 O: Oxygen ควรพิจารณาให้การรักษาด้วยออกซิเจนในผู้ป่วย ACS ที่มีอาการหอบเหนื่อย ภาวะหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตต่ำ หรือมีความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) น้อยกว่าร้อยละ 90 - 95 (Collet et al., 2021)

1.7.1.4 A: Aspirin ยา aspirin สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย ACS และมีความปลอดภัยสูง ดังนั้นจึงควรเริ่มให้ยา aspirin โดยเร็วที่สุด ในผู้ป่วยทุกรายที่สงสัย ACS และไม่มีข้อห้ามในการใช้ยา ได้แก่ มีประวัติแพ้ยา aspirin หรือกำลังมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ขนาดยาที่แนะนำคือ 150-325 มก.ของยา aspirin ชนิดไม่เคลือบเคลือบหรือละลายน้ำแล้วรับประทาน

1.7.2 การรักษาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป้าหมายในการรักษา STEMI คือ การเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน (reperfusion) ให้เร็วที่สุด เพื่อจำกัดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการเกิดผลแทรกซ้อนเชิงกล และเชิงไฟฟ้าและลดโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วย มี 3 แนวทาง ดังนี้

1.7.2.1 การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) มีความสำคัญประโยชน์อย่างมากในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถทำ PPCI ได้ หรือต้องใช้เวลามากกว่า 120 นาที ในการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ primary PCI จากการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาด้วยวิธี primary PCI หรือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังผู้ป่วยมีอาการ พบว่าผลการรักษาของทั้งสองวิธีไม่ต่างกัน

1.7.2.1.1 ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในประเทศไทยมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม fibrin-specific agent ได้แก่ tenecteplase (TNK) และ tissue-type plasminogen activator (t-PA) หรือ alteplase สำหรับกลุ่ม non-fibrin specific ได้แก่ streptokinase (SK) แนะนำให้ใช้กลุ่ม fibrin-specific มากกว่า SK แต่ขึ้นกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาลด้วย ดังนั้น ในกรณีที่ใช้แนวทาง pharmaco-invasive strategy และส่งต่อผู้ป่วยทันทีหลังเริ่มยาละลายลิ่มเลือด เพื่อความปลอดภัยระหว่างการส่งต่อ ยาละลายลิ่มเลือดที่ควรเลือกใช้ คือ TNK

1.7.2.1.2 การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยควรได้รับ DAPT ด้วยเช่นกัน คือ ยา aspirin ร่วมกับยา clopidogrel ยา clopidogrel ควรใช้ขนาด 300 มก. รับประทาน ในผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน 75 ปี และ 75 มก.รับประทานในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 75 ปี ตามด้วย 75 มก.รับประทานวันละครั้ง และผู้ป่วยควรได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดจนกระทั่งได้รับการสวนหัวใจหรือจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (อย่างน้อย 48 ชม. แต่ไม่เกิน 8 วัน)

1.7.2.2 การเปิดหลอดเลือดผ่านสายสวนหัวใจ

PPCI ควรพิจารณาเป็นการรักษาอันดับแรก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ (shock) หรือมีความเสี่ยงสูงในการเกิดเลือดออก (high bleeding risk ; HRB) (กฤษณ์ ลิ้มสวัสดิ์, 2564) เนื่องจากมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพสำเร็จสูง สามารถเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย PCI มีอัตราการเสียชีวิตและการเกิดหลอดเลือดอุดตันซ้ำต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และสามารถฟื้นตัวได้เร็ว (Dubey et al., 2017; McCartney & Berry, 2018)

1.7.2.2.1 ข้อบ่งชี้ในการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สามารถทำ primary PCI เมื่อมีอาการของภาวะ AMI ชนิด STEMI ดังนี้ ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยมีภาวะระบบไหลเวียนล้มเหลวจากโรคหัวใจหรือมีอาการรุนแรง เช่น impending shock หรือ Killip class 3 กรณีสงสัยว่ามีลิ่มเลือดอุดตันเฉียบพลันในหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยที่มีอาการจนกระทั่งได้รับการรักษาอยู่ระหว่าง 3-12 ชั่วโมงหากทำได้ภายใน 120 นาที และผู้ป่วยที่มีอาการมานานกว่า 12 ชั่วโมง และยังมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีภาวะหัวใจล้มเหลว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง

1.7.2.2.2 ข้อห้ามในการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งแบ่งเป็นข้อห้ามอย่างสมบูรณ์ ได้แก่ ผู้ป่วยปฏิเสธ และอุปกรณ์ไม่พร้อมสำหรับการทำหัตถการ ข้อห้ามโดยอนุโลม ได้แก่ ภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารและซีสต์ ภาวะไม่สมดุลอิเล็กโทรไลต์ ติดเชื้อ ใช้ไตวาย อาการทางโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่า 1 เดือน ภาวะหัวใจล้มเหลวควบคุมไม่ได้ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ เป็นต้น

1.7.2.2.3 ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบของการทำ PCI มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรวมถึงระยะเวลาการทำหัตถการ การใช้สารทึบรังสี อุปกรณ์ ปริมาณการได้รับรังสี โดยภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบ ได้แก่

1.7.2.2.3.1 หัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น ventricular tachycardia (VT), ventricular fibrillation (VF), Premature Ventricular Contraction (PVC), Bradycardia

1.7.2.2.3.2 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะและภายหลังหัตถการ นำสายสวนหลอดเลือดออก เกิดขึ้นได้ร้อยละ 0.7-28 ดังนี้ ภายใน 24 ชั่วโมงแรก เช่น Hematoma, Groin bleeding, Retroperitoneal bleeding, Oozing ภายหลัง 24 ชั่วโมงซึ่งเกิดภายใน 1-30 วัน หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ เช่น Femoral pseudoaneurysm, Arteriovenous fistula เป็นต้น

1.7.2.2.3.3 ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่ หัวใจล้มเหลว การติดเชื้อจากการตรวจสอบหัวใจ การกลับมาตีบซ้ำ แพ้สารทึบรังสี โรคหลอดเลือดสมอง และเสียชีวิตกะทันหัน

1.7.2.2.4 ตำแหน่งหลอดเลือดที่ใช้ทำหัตถการฉีดสีตรวจสอบหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจ ตำแหน่งที่ควรทำมากที่สุด คือ หลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือเนื่องจากมีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกน้อยที่สุด ลำดับต่อมา คือ หลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ (ฉันทนา เจริญสิน และ รัชณี ศรีชาย, 2563; Yoshimachi & Ikari, 2018) การดูแลแผลหลังทำ PCI ทางหลอดเลือดแดงที่ขาหลังจำหน่าย ได้แก่ ห้ามขับรถหรือสตาร์ทรถจักรยานยนต์เป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงในสัปดาห์แรก เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน ห้ามยก ผลักหรือดันสิ่งของหนัก เป็นเวลา 2-3 วัน หลีกเลี่ยงการขึ้นบันได 2 วันและหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เป็นเวลา 2-3 วัน ควรหยุดงานเป็นเวลา 1 สัปดาห์ (กิตติกร นิลมานันต์ และ จารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2558)

1.7.2.2.5 ประเภทของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรได้รับยา ASA 300 mg และยาต้านเกล็ดเลือดกลุ่ม P2Y12 receptor inhibitors เช่น Clopidogrel 600 mg หรือ prasugrel 60 mg หรือ ticagrelor 180 mg (Sathananthan et al., 2018)

1.7.2.2.5.1 การขยายหลอดเลือดด้วยการดูดลิ้มเลือด (thrombectomy) ไม่แนะนำให้ทำเป็นปกติในผู้ป่วยที่ทำ PPCI และมีประโยชน์สำหรับในผู้ป่วยที่มีลิ้มเลือดอุดตันขนาดใหญ่

1.7.2.2.5.2 การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (plain old balloon angiography: POBA) โดยการใช้แรงดันทางบอลลูนเพื่อให้รอยตีบหรือคราบตะกรันไขมันแนบไปกับผนังหลอดเลือด เปิดหลอดเลือดกว้างขึ้นและเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

1.7.2.2.5.3 การขยายหลอดเลือดด้วยการใส่ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (Stent) เป็นการขยายหลอดเลือดโดยการใส่ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดเพื่อให้มีการไหลเวียนเลือด ป้องกันการอุดตันและตีบซ้ำ โดยมี 2 ชนิด คือ ขดลวดชนิดไม่เคลือบยา และขดลวดชนิดเคลือบยา

1.7.2.3 การผ่าตัดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) ในผู้ป่วย AMI สำหรับการการผ่าตัด CABG ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่แนะนำให้เป็นการรักษาลำดับแรก แต่ยังคงมีความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยที่ขยายหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถทำได้หรือขยายหลอดเลือดไม่สำเร็จ และไม่สามารถขยายหลอดเลือดได้สำเร็จเพียงอย่างเดียว (นพตล ชำนาญผล, 2563)

1.8 ภาวะแทรกซ้อนหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกถึง 2 สัปดาห์ (นพตล ชำนาญผล, 2563; Lanz et al., 2019) ดังนี้

1.8.1 ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะหัวใจวายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือในรายที่มีภาวะหัวใจวายเรื้อรังอยู่ก่อน ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงอย่างรวดเร็ว ร่วมกับการเพิ่มขึ้นของระดับ natriuretic peptides ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะ AMI

1.8.2 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้แก่

1.8.2.1 Supraventricular arrhythmia ชนิดที่พบบ่อยที่สุด คือ atrial fibrillation (AF) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดดังกล่าวมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (reinfarction) เกิดโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยควรได้รับ electrical cardioversion

1.8.2.2 Ventricular arrhythmia มักเกิดขึ้นภายใน 24-48 ชั่วโมง แรกหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง ได้แก่ polymorphic ventricular tachycardia (VT) ventricular fibrillation (VF)

1.8.2.3 Sinus bradycardia and Atrioventricular (AV) block ได้แก่ secondary degree type II AV block หรือ complete AV block และสามารถหายได้เอง เมื่อเปิดการไหลเวียนเลือดได้สำเร็จถ้ามีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจน้อยกว่า 24 ชั่วโมง

1.8.3 cardiogenic shock เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้เพียงพอ ทำให้ความดันโลหิตต่ำ และเสียชีวิตได้ โดยผู้ป่วยจะมีอาการ คือ ซึม มือเท้าเย็น ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว

1.8.4 ภาวะสมองขาดเลือด จากภาวะล้มเลือดจากการขยายหลอดเลือดหัวใจ และมีเลือดออกในสมองจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

1.8.5 Mechanical complications ของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่ Post infarction ventricular septum rupture (VSR), Acute mitral regurgitation, Left ventricular free wall rupture (Gong et al., 2021)

1.8.6 Venous thromboembolism ภาวะนี้มีความผิดปกติที่สำคัญ 2 ภาวะ คือ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำขา (DVT) และภาวะลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดดำใหญ่ที่ปอด (PE) เนื่องจากระบบการไหลเวียนเลือดผิดปกติ การสูบฉีดเลือดของหัวใจไม่ดี

2. แนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชาย หลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2.1 ความหมายของการทำหน้าที่ทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด มีการให้ความหมายคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศที่หลากหลายและมีวิวัฒนาการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกายและจิตใจของการทำหน้าที่ทางเพศ ดังนี้

อุษาวดี อัครวิเศษ (2558) กล่าวว่า การทำหน้าที่ทางเพศ หมายถึง การกระทำ หรือ การแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ 2) ความตื่นตัวทางเพศ 3) การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ 4) การถึงจุดสุดยอด 5) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และ 6) ความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยสะท้อนมุมมองด้านการมีเพศสัมพันธ์ ด้านการทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเอง และด้านการทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติตนเอง

Wenger et al. (1956 as cited in Levin 2017) กล่าวว่า การทำหน้าที่ทางเพศ ประกอบด้วย 3 ระยะโดยเริ่มจาก ระยะตื่นตัว (Excitement phase) ถูกควบคุมโดย parasympathetic nervous system ในช่วงแรก และเมื่ออวัยวะเพศแข็งตัวจะถูกควบคุมโดย sympathetic nervous system ระยะจุดสุดยอด (Orgasmic phase) มีการหลั่งน้ำอสุจิ และกลับมาถูกควบคุมด้วย parasympathetic nervous system สำหรับการกลับสู่สภาพ (Resolution phase)

Masters and Johnson (1966; p 182-188) กล่าวว่า การทำหน้าที่ทางเพศ เป็นการตอบสนองทางเพศ จากการได้รับการกระตุ้นทางเพศจากทางร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะตื่นตัว (Excitement phase) ระยะนี้มีผลมาจากความต้องการทางเพศ (desire) หรือ/และเมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศ (arousal) โดยปกติจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งในระยะนี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับการได้รับการกระตุ้น หรือการถูกยับยั้งจากทางร่างกายและจิตใจ และอาจจะหยุดได้ การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ คือ อวัยวะเพศจะเริ่มขยายขนาดและแข็งตัว 2) ระยะกำหนด (Plateau phase) เป็นระยะที่สองเมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศอย่างต่อเนื่องและมากขึ้น ถ้าหากการกระตุ้นทางเพศหรือความต้องการทางเพศไม่เพียงพอหรือทั้งหมดหยุดลง จะทำให้ไม่สามารถดำเนินไปยังระยะสุดยอดได้ หรือยาวนานมากขึ้น โดยมีปัจจัยมาจากการได้รับการกระตุ้นทางเพศร่วมกับแรงขับส่วนบุคคล การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ คือ อวัยวะเพศแข็งตัวจนสามารถสอดใส่ และคงสภาพการแข็งตัวของอวัยวะเพศตลอดระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ 3) ระยะจุดสุดยอด (Orgasmic phase) เป็นระยะที่หลอดเลือดตีบแคบ (vasoconcentration) และการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (myotonia) เนื่องจากแรงกระตุ้นทางเพศถูกปลดปล่อย การเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ในระยะนี้จะอยู่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ อวัยวะเพศชาย ต่อมลูกหมาก และต่อมสร้างน้ำเลี้ยงอสุจิ เกิดการหลั่งน้ำอสุจิ โดยรูปแบบการตอบสนองของร่างกายทั้งหมดเกิดขึ้นจากประสบการณ์แต่ละบุคคล และ 4) ระยะการกลับสู่สภาพ (Resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการตอบสนองทางเพศ ในบางรายพบว่าสามารถที่จะกลับไปสู่ระยะกำหนดและจุดสุดยอดอีกครั้งได้ หลังจากถึงจุดสุดยอดแล้วซึ่งขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางเพศและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ คือ อวัยวะเพศจะอ่อนตัวลงและกลับสู่สภาพปกติ

Kaplan and Lief (1997 as cited in Levin 2017) กล่าวว่า การทำหน้าที่ทางเพศประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้ ระยะความต้องการ (Desire phase) ซึ่งระยะความต้องการทางเพศเกิดขึ้นเมื่อมีความรู้สึกต้องการมีกิจกรรมทางเพศเฉพาะบุคคล ระยะตื่นตัว (Excitement phase) ระยะจุดสุดยอด (Orgasmic phase) และ การกลับสู่สภาพ (Resolution phase) เนื่องจากให้เหตุผลว่าความต้องการของผู้ป่วยหญิงในการมีกิจกรรมทางเพศกับคนที่รักเกิดจากความรู้สึก

Heinememan et al. (2005) กล่าวว่า คุณภาพการทำหน้าที่ทางเพศ ประกอบด้วย 1) คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายจิตใจ 2) การมีเพศสัมพันธ์ 3) การทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเอง และ 4) การทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติคุณ ครอบคลุมเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ ความตื่นตัวทางเพศ การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ การถึงจุดสุดยอด ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์

Milhoua et al. (2006) การทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายปกติ ประกอบด้วย 6 ระยะ คือ 1) libido period เกิดขึ้นเมื่อมีความต้องการทางเพศ 2) initialing period เริ่มต้นมีการแข็งตัวของอวัยวะเพศบางส่วน 3) maintaining erection period มีการแข็งตัวของอวัยวะเพศเพียงที่จะสอดใส่ในช่องคลอดและคงความสามารถแข็งตัวของอวัยวะเพศ 4) orgasmic period มีการแข็งตัวเต็มที่พร้อมที่จะหลั่งน้ำอสุจิ 5) ejaculation period เกิดการหลั่งน้ำอสุจิ 6) refractory period อวัยวะเพศอ่อนตัวและกลับสู่สภาวะปกติ

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้คำว่า “การทำหน้าที่ทางเพศ” ตามความหมายของ Masters and Johnson (1966) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) ระยะตื่นตัว 2) ระยะกำหนด 3) ระยะจุดสุดยอด และ 4) ระยะการกลับสู่สภาวะปกติ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวสามารถอธิบายการทำหน้าที่ทางเพศของเพศชายได้ครอบคลุม และมีเครื่องมือวัดการทำหน้าที่ทางเพศที่ผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาทั้งความตรงและความเที่ยงที่มีความน่าเชื่อถือ

2.2 การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชาย ภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ

แนวทางการปฏิบัติของ American Heart Association [AHA] และ European Society of cardiology [ESC] ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาด้วยการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจสามารถกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้ภายใน 1-2 สัปดาห์ และให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์หลังจำหน่าย กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ไม่มีการตีบซ้ำในตำแหน่งที่เคยทำการขยายสำเร็จภายใน 24 ชั่วโมง ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่มีปัญหาแผลบริเวณหลอดเลือดที่ทำหัตถการ เช่น เลือดออกหรือก้อนเลือดข้างบริเวณขาหนีบ (Smith et al., 2022; Steinke et al., 2012; 2013) แต่ควรตรวจสอบความพร้อมของร่างกายก่อนมีเพศสัมพันธ์ โดยเดินบนลู่วิ่งได้ระยะทาง 3.2 กิโลเมตรต่อชั่วโมง เดินระยะทาง 1 ไมล์หรือ 1.6093 กิโลเมตร (2-3 ช่วงตึก) ในระยะเวลา 10-15 นาที หรือขึ้น-ลงบันได 2 ชั้นอย่างรวดเร็ว (20 ชั้นใน 10 วินาที) โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ และการทำทดสอบสมรรถภาพโดยการวิ่งสายพานซึ่งกิจกรรมดังกล่าวใช้พลังงานเท่ากับ 5-6 METs ในขณะที่การเพศสัมพันธ์ใช้พลังงานเพียง 3-5 METs หากผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ การมีเพศสัมพันธ์ถือว่าปลอดภัย (วินิตย์ หลงละเลิง, 2560)

การทำหน้าที่ทางเพศภายหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งผู้ป่วยหลายรายมองว่าการพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนบุคคลจึงไม่กล้าที่จะขอคำปรึกษา ผู้ป่วยร้อยละ 81 ต้องการได้รับการแนะนำด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ 75 จากการไม่ได้รับคำแนะนำ (วินิตย์ หลงละเลิง, 2561) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงตัดสินใจหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยมีความสามารถแต่ไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากกลัวอาการกำเริบซ้ำ และเสียชีวิตกะทันหัน ในขณะที่การศึกษาพบว่าการเกิดอาการกำเริบซ้ำระหว่างมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าร้อยละ 1 และเสียชีวิตระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 0.6-1.7 เท่านั้น (Muller et al., 1996 as cited in Levine et al., 2012) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และความเครียดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถทำให้ขาดความสนใจในประเด็นเรื่องเพศสัมพันธ์ ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การดูแลตัวเองจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเปลี่ยนแปลง คุณภาพชีวิตลดลง การทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม ได้แก่

ผลกระทบด้านร่างกาย มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ การแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง เนื่องจากการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสืบพันธุ์ไม่เพียงพอร้อยละ 40 มีความต้องการทางเพศลดลงร้อยละ 46.9 หลังเร็วและไม่ถึงจุดสุดยอดร้อยละ 24.3 (วินิตย์ หลงละเลิง, 2561; Lindau et al., 2016; Smith et al., 2021) ผลจากการขาดความต้องการทางเพศทำให้ผู้ป่วยมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง พบในเพศชายร้อยละ 59 เพศหญิงร้อยละ 48 (Lindau, 2012) ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางเพศเปลี่ยนแปลงและความสัมพันธ์กับคู่ครองลดลง (Thylén & Brännström, 2015)

ผลกระทบด้านจิตใจ ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า Denial et al. (2018) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความวิตกกังวลร้อยละ 37 และภาวะซึมเศร้าร้อยละ 35 โดยภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับความสนใจทางเพศรวมถึงความใกล้ชิดสนิทสนมกับคู่ครองลดลง ทำให้ความเพลิดเพลิน สนุกสนาน และความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง สูญเสียความมั่นใจ และภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง สามารถทำให้ผู้ป่วยกลับมาวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ โดยความกลัวในการมีเพศสัมพันธ์จะเกิดขึ้นภายใน 6 เดือนแรกของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Tirgari et al., 2019)

ผลกระทบด้านสังคม หากคู่สามีภรรยาไม่สามารถปรับพฤติกรรมทางเพศให้มีความเหมาะสม จะทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศในชีวิตสมรสขึ้นได้ การแยกกันอยู่ (Tirgari et al., 2019) หย่าร้าง ทำให้อัตราการเกิดลดลง (childbearing) ได้ในอนาคต (Lindau et al., 2014) สังคมครอบครัวล่มสลาย ส่งถึงปัญหาเด็กขาดความรัก ขาดความอบอุ่น ถูกทอดทิ้ง เกิดปัญหาสังคม เช่น ปัญหาเด็กหนีโรงเรียน ปัญหาอาชญากรรม และปัญหายาเสพติด

2.3 การประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแบบประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ ดังนี้

2.3.1 แบบสอบถามการวัดการทำหน้าที่ทางเพศชาย Male Sexual Function Index by Brief Sexual function Inventory : BSFI ซึ่งถูกคิดค้นโดย O'Leary et al., 1995 เป็นเครื่องมืออย่างง่ายเพื่อใช้เป็นเครื่องมือการประเมินตัวเองและคัดกรองและจำแนกภาวะการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชาย ทั้งหมด 5 ด้าน ซึ่งครอบคลุมการทำหน้าที่ทางเพศ ได้แก่ ความต้องการทางเพศ (sexual drive) การแข็งตัวของอวัยวะเพศ (erectile function) และการหลั่ง (ejaculatory function) ในขณะเดียวกันมีการประเมินปัญหา (problem assessment) และ ความพึงพอใจ (overall satisfaction) ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางเพศ มีทั้งหมด 11 ข้อคำถาม เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ตรวจสอบความเที่ยงของแต่ละด้านโดยรวม ได้ค่า internal consistency reliability ค่า Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.62-0.95 และ test-retest reliability อยู่ในช่วง 0.79-0.90

2.3.2 แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ (International Index of Erectile Function : IIEF) ของ Rosen et al. (1997) เป็นแบบสอบถามวัดการทำหน้าที่ทางเพศของเพศชายแปลเป็นภาษาไทย โดย อภิชาติ กงกะนันทน์ และคณะ (2546) ผ่านการหาความเชื่อมั่นและความตรงในการวัดการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชาย มีความไวและความเฉพาะในการวัดการเปลี่ยนแปลงในปัญหาทางเพศที่สัมพันธ์กับการรักษาที่ได้รับ มีทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ (erectile function) 6 ข้อ ความสามารถในการถึงจุดสุดยอด (orgasmic function) 2 ข้อ ความต้องการทางเพศ (sexual desire) 2 ข้อ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (intercourse satisfaction) 3 ข้อ และ ความพึงพอใจโดยรวม (overall satisfaction) 2 ข้อ ใช้เวลาในการตอบไม่เกิน 15 นาที เป็นแบบประเมินที่ได้รับการพัฒนาให้เป็นแบบประเมินด้วยตนเองได้ ตรวจสอบความเที่ยง internal consistency reliability ค่า Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.73 - 0.99 และ test-retest reliability อยู่ในช่วง 0.64 - 0.84

2.3.3 แบบสอบถามการวัดการทำหน้าที่ทางเพศชาย Male Sexual Function Index (MSFI) ของ Kalmbach et al. (2012) เป็นแบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศสำหรับผู้ชายด้วยตนเอง ระยะ 30 วันที่ผ่านมาในวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศสำหรับผู้หญิง (Female Sexual Function Index: FSFI) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางเพศระหว่างเพศหญิงและเพศชาย มี 5 องค์ประกอบ จำนวน 16 ข้อ คือ ความต้องการ (Desire) จำนวน 2 ข้อ การกระตุ้นทางเพศ (Arousal) จำนวน 4 ข้อ การแข็งตัวของอวัยวะเพศ (Erection) จำนวน 4 ข้อ จุดสุดยอด (Orgasm) จำนวน 3 ข้อ และความพึงพอใจ (Satisfaction) จำนวน 3 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่า internal consistency reliability ค่า Cronbach's alpha = 0.81-0.89

2.3.4 แบบวัดการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual Function Instruments) ของ อูซาวดี อัศตริวิเศษ (2558) แปลและดัดแปลงมาจาก Scale for Quality of Sexual Function : QSF ของ Heinemann et al. (2005) เพื่อวัดการทำหน้าที่ทางเพศทั้งเพศชายและเพศหญิง ตัดคำถาม 40 ข้อ เหลือ 19 ข้อ โดยข้อคำถามที่เหลือครอบคลุมเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศ ได้แก่ ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ ความตื่นตัวทางเพศ การหลั่งของน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ การถึงจุดสุดยอด ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยการประเมินสะท้อนผ่าน 3 มุมมอง ได้แก่ 1) มุมมองด้านการมีเพศสัมพันธ์ 2) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศ ที่สะท้อนด้วยตนเองและ 3) ด้านการทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติตนเอง มีการแปลย้อนกลับ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา การทดสอบความเชื่อมั่นทั้ง content หรือ face validity ได้ค่าสำหรับ แบบวัดองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตทางด้านร่างกาย-จิตใจ 2) การมีเพศสัมพันธ์ 3) การทำหน้าที่ทางเพศที่สะท้อนด้วยตนเองและ 4) การทำหน้าที่ทางเพศตามทัศนคติตนเองเท่ากับ .90, .82, .75, .57 ตามลำดับหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.8 เป็นมาตรวัด แบบ Likert scale 5 ระดับ

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ “แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ” ของ Rosen et al. (1997) แปลเป็นภาษาไทยโดย อภิชาติ กงกะนันท์ และคณะ (2546) เป็นแบบสอบถามวัดการทำหน้าที่ทางเพศของเพศชายโดยเฉพาะและครอบคลุม 4 ระยะ ตามแนวคิดของการทำหน้าที่ทางเพศ (Masters and Johnson, 1966) ผ่านการนำมาตรวจสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยาในผู้ป่วยเพศชายในประเทศไทย มีความเที่ยงและความตรงที่น่าเชื่อถือ สามารถนำมาใช้กับการประเมินการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วย AMI ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีผู้ศึกษาเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

3.1 เพศ หมายถึง ลักษณะเฉพาะที่กำหนดขอบเขตของคนว่าเป็นหญิงหรือชาย ตั้งแต่กำเนิด โดยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจแบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง Drory et al. (2002 อ้างถึงใน ชัญญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) พบว่า เพศหญิง 1 ปีก่อนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศลดลงอยู่ก่อนแล้ว ในขณะที่เพศชาย ยังคงมีพฤติกรรมทางเพศได้ปกติไม่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2563) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วย AMI หลังทำ PCI ($r_{pb}=.109$, $p<.05$) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาในผู้ป่วยเพศชาย

3.2 อายุ มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพทางเพศ การลดลงของระดับฮอร์โมน androgen ในเพศชาย พบว่าเมื่ออายุสูงขึ้นระดับของ testosterone ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คงความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศ (Spark et al., 1980 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2563) โดยความสามารถในการคงสภาพแข็งตัวของอวัยวะเพศชายลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น เกิดขึ้นร้อยละ 7 ในอายุ 18-29 ปี ร้อยละ 2-9 ในอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 9-11 ในอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 16-18 ในอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 34 ในอายุ 60-69 ปี และร้อยละ 53 ในอายุ 70-80 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Rambhatla & Rajfer (2018) พบว่าร้อยละ 52 ของผู้ชายในช่วงอายุ 40-70 ปี จะมีระดับความสามารถคงสภาพการแข็งตัวลดลง ในขณะเดียวกันผู้ชายอายุ 50 ปี โดย 2 ใน 3 จะมีความสามารถในการคงสภาพการแข็งตัวลดลง ร้อยละ 10 ในทุกๆ 10 ปี และ Hodžić et al. (2019) กล่าวว่า ผู้ป่วยสูงอายุเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง ($r=.052$, $p<.0001$)

3.3 ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ เป็นปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความสามารถในการทำกิจกรรม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแล้วยังคงมีพยาธิสภาพหลงเหลือจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งมีผลให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ และเสียชีวิตกระทันหันระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ เตือนใจ โพธิ์ประดับ และคณะ (2565) พบว่าความรุนแรงของโรคหัวใจเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายหลังทำ PCI ($\beta=.20$, $p<.05$) พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2563) พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำ PCI ($r_{pb}=-.133$, $p<.05$) สอดคล้องกับ ชัญญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($r=-.368$, $p<.05$)

3.4 ประเภทของยารักษาโรคหัวใจ ยาหลายชนิดส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายลดลง มีอาการหลังเร็ว ความรู้สึกทางเพศลดลง และไม่ถึงจุดสุดยอด Manolis et al. (2020) พบว่า Beta blockers ยกเว้น nebivolol มีผลต่อภาวะบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ ยาขับปัสสาวะ เช่น Thiazide ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง และมีอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ Aldosterone antagonist เช่น spironolactone พบว่าทำให้ไตเสื่อมในเพศชาย ประจำเดือนผิดปกติในเพศหญิง และจากการศึกษาพบว่ายากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors, Angiotensin Receptor Blockers, Calcium Channel Blockers และ Statins ไม่มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางเพศ

3.5 ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หลังจากการฟื้นตัวพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 81 ต้องการได้รับการแนะนำด้านเพศสัมพันธ์ และมีเพศสัมพันธ์ลดลงร้อยละ 75 จากการไม่ได้รับคำแนะนำ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องละเอียดอ่อนถือเป็นเรื่องส่วนตัว ผู้ป่วยเงินอายุไม่กล้าสอบถามปัญหาเรื่องเพศแบบต่อหน้า พรธษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2563) พบว่าความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศ ($r=.125, p<.05$) สอดคล้องกับ Arenhall et al. (2018) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับข้อมูลและการพูดคุยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ลดความกลัวในการกลับไปมีเพศสัมพันธ์ การแข็งตัวของอวัยวะเพศแข็งตัวบ่อยขึ้น ความมั่นใจ และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่สมรสเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วย AMI มีความต้องการข้อมูล ได้แก่ ระยะเวลาความสามารถกลับไปมีเพศสัมพันธ์แบบปกติ ข้อห้ามและการปฏิบัติตัวก่อนมีเพศสัมพันธ์ อาการและอาการแสดงที่ต้องเฝ้าระวังระหว่างมีเพศสัมพันธ์ (Brännström et al., 2014)

3.6 ความตระหนักของผู้ป่วยและคู่ครอง และการเฝ้าระวังมากเกินไปจากคู่ครอง พบว่าเมื่อคู่ครองฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดปัญหาความต้องการที่ไม่ตรงกันและมีปัญหาในชีวิตสมรสได้ Arenhall et al. (2018) กล่าวว่า ผู้ชายมีความกังวลที่จะมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาในลักษณะเช่นเดียวกันกับก่อนที่จะป่วยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากมองว่าคู่สมรสของตนเปราะบาง และผู้หญิงกลัวการมีเพศสัมพันธ์กับสามีที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากกลัวว่าเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำเสียชีวิตระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่การลดและหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์

3.7 อัตมโนทัศน์ทางเพศ Steinke et al. (2008; p 325) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ และบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ที่ดีในการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

3.7.1 ความพึงพอใจทางเพศ (Sexual satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในมุมมองของตัวผู้ป่วยเอง ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ (Smith et al., 2022) พบว่าความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ร้อยละ 42.6 ($R^2=.462, p<.05$) (ชญญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554)

3.7.2 ความวิตกกังวลทางเพศ (Sexual anxiety) เป็นความตึงเครียด และวิตกกังวลใจเกี่ยวกับมุมมองทางด้านเพศสัมพันธ์ในชีวิตของบุคคลนั้น พบว่า ผู้ป่วย AMI หลังทำ PCI ไม่สามารถทำหน้าที่ทางเพศได้ตามปกติ ความวิตกกังวลเป็นผลมาจากความกลัวอาการกำเริบซ้ำ และเสียชีวิตระหว่างมีเพศสัมพันธ์ (Daniel et al., 2018) ผลกระทบด้านอารมณ์ทำให้การสร้างฮอร์โมน

เพศชายลดลง ทำให้เกิดความต้องการทางเพศลดลง และอวัยวะเพศไม่แข็งตัวจึงทำให้เกิดปัญหาขณะมีเพศสัมพันธ์ (Mourad et al., 2017) ระดับความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงและหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ (Son et al., 2016) Smith et al., (2021) พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($\beta = -0.43, p < .05$) พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2563) พบว่า ความวิตกกังวลทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายหลังทำ PCI ($r = -.495, p < .05$)

3.7.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ (Perceived sexual self-efficacy) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองในการจัดการที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ ความต้องการของบุคคลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ สมพร งามวิสัย (2553) พบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยหลอดเลือดและหัวใจส่งผลให้พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$) สอดคล้องกับ พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2563) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วย AMI เพศชายหลังทำ PCI ($r = .212, p < .05$)

3.7.4 ภาวะซึมเศร้าทางเพศ (Sexual depression) เป็นความรู้สึกเศร้าและไม่มีความสุขเกี่ยวกับสัมพันธ์ทางเพศสัมพันธ์ พบว่าผู้ป่วย AMI มีภาวะซึมเศร้าระดับสูงร้อยละ 35-70 (Smith et al., 2021; Tirgari et al., 2019) ความต้องการทางเพศเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของความรู้สึกทางด้านอารมณ์และจิตใจในแต่ละบุคคล และเมื่อมีความต้องการทางเพศแล้วผู้ป่วยไม่สามารถที่จะกระทำได้นี้เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือสามารถกระทำได้แต่ปฏิเสธ เพราะกลัวอาการเจ็บหน้าอกและอันตรายต่อชีวิต ซึ่งความบกพร่องทางเพศทำให้คุณภาพชีวิตลดลงและเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ชัยญา อุทิสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า ภาวะซึมเศร้าทำนายพฤติกรรมทางเพศร้อยละ 52.3 ($R^2 = .523, p < .05$) พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2563) พบว่าภาวะซึมเศร้าทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายหลังทำ PCI ($r = -.407, p < .05$)

3.8 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำให้หัวใจขาดเลือด PCI เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสม การสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำให้หัวใจขาดเลือด PCI คือ คู่ครองของผู้ป่วย โดยการให้กำลังใจ ยอมรับข้อจำกัดในการมีพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย การสื่อสารพูดคุยความต้องการ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและรับรู้ว่าคุณค่าในตนเองและสังคม พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2563) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายหลังทำ PCI ($r = .633, p < .05$)

3.9 โรคที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความเกี่ยวข้องกับการเสื่อมของหลอดเลือดเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเกิดอาการหยาบสมรรถนะทางเพศในเพศชาย ได้แก่ เบาหวานร้อยละ 23 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 44 และไขมันในเลือดสูงร้อยละ 74 ทำให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด ระบบประสาทยับยั้งการทำงานของ parasympathetic nervous system และระบบต่อมไร้ท่อ ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว จุดสุดยอดลดลง (ซัซวาล วงศ์สาลี, 2559; วินิตย์ หลงละเลิง, 2560; Milhoua et al., 2006)

3.10 ความกลัวการเคลื่อนไหว เป็นความรู้สึกกลัวการเคลื่อนไหวในการมีกิจกรรมทางกาย การเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวัน รวมไปถึงการออกกำลังกาย เตือนใจ โพธิ์ประดับ และคณะ (2565) พบว่าความกลัวการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายหลังทำ PCI ($r=-.18, p<.05$) และเป็นปัจจัยทำนายต่อการทำหน้าที่ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=-.18, p<.05$)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาจับคู่ ตัวแปรดังนี้ อายุ (Milhoua et al., 2006) โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ ได้แก่ อายุ 30-39 ปี อายุ 40-49 ปี อายุ 50-59 ปี อายุ 60-69 ปี และ 70 ปีขึ้นไป ประเภทของยาโรคหัวใจ (Manolis et al., 2020) กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ได้รับยาโรคหัวใจกลุ่ม Beta blockers หรือ/และยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ประเภทเดียวกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด

4. บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้

AHA (2012) และ ESC Guideline (2012) กำหนดแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถกลับมีเพศสัมพันธ์ได้ ภายใน 1-2 สัปดาห์สำหรับผู้ป่วย AMI ที่ได้รับการทำ PCI กรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยพยาบาลแนะนำแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื่องความพร้อมของร่างกายโดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรม เช่น เดินขึ้นบันได 2 ชั้น (20 ชั้น 10 วินาที) ระหว่างการทำกิจกรรมระดับปานกลางโดยไม่มีอาการเหนื่อยและ เจ็บหน้าอก โดยมีข้อควรระวัง คือ ไม่มีเพศสัมพันธ์หลังรับประทานอาหารหรือการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อมีอาการมึนงง วิดกกังวล หรือเหนื่อยควรพักผ่อนก่อนมีเพศสัมพันธ์ (รัตนานิลเลียม และคณะ, 2560; วินิตย์ หลงละเลิง, 2561 ; Levine et al., 2012; Steinke et al., 2013) แต่การพูดคุยอย่างเปิดเผยเรื่องเพศยังไม่เปิดกว้างสำหรับสังคมไทย ทำให้ผู้ป่วยอายุหรือไม่กล้าขอคำปรึกษา และส่วนหนึ่งพบว่าบุคลากรทางการแพทย์จะมองข้ามปัญหา ถึงแม้ทราบดีว่าการให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสำคัญ อุปสรรคที่

พบ่อย คือ การขาดความรู้และข้อมูลที่เพียงพอ ความสนใจในการให้คำแนะนำรวมถึงคำปรึกษาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ เป็นต้น (ซัซวาล วงศ์สารี, 2559) ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักรู้บทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเพศที่เหมาะสม เป็นรูปแบบเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละบุคคล ดังนี้

4.1 บทบาทการประเมินปัญหา พยาบาลควรประเมินปัญหาทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รูปแบบในการประเมินควรเริ่มต้นจากการสนทนา จัดสถานที่ สภาพแวดล้อมให้เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย สะดวกใจในการพูดคุย และตอบคำถามระหว่างการประเมินปัญหา พยาบาลเกริ่นนำ แจ้งวัตถุประสงค์ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกล้าที่จะพูดคุย เสนออายุในการตอบคำถามน้อยที่สุด ซึ่งแบ่งการประเมินการบกพร่องในการทำหน้าที่ทางเพศ ดังนี้

4.1.1 การประเมินด้านร่างกายเกี่ยวกับภาวะโรค ภาวะแทรกซ้อน และระดับความรุนแรงของโรค ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน อาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น การรับประทานยาที่มีผลต่อความต้องการทางเพศและการแข็งตัวของอวัยวะเพศ (ซัซวาล วงศ์สารี, 2559; Harden et al., 2016; Steinke, 2013)

4.1.2 การประเมินด้านจิตใจ โดยการสังเกตจากสีหน้า ลักษณะท่าทางขณะสนทนา พยาบาลควรใช้เครื่องมือร่วมประเมิน เช่น ประเมินภาวะความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังเกิด AMI จะมีความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว และภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะเหล่านี้ส่งผลต่ออารมณ์ทางเพศ ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง ความรู้สึกทางเพศลดลง (ซัซวาล วงศ์สารี, 2559; Smith et al., 2021)

4.1.3 การประเมินด้านความคิด ทักษะคิด และพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อการแสดงออกทางเพศ โดยใช้ทักษะการถามเชิงบวกคำถามปลายเปิด-ปิด เช่น “คุณบอกฉันได้ไหมว่าคุณแสดงออกทางเพศอย่างไร” “คุณมีความกังวลอะไรเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์” คุณยังคงมีเพศสัมพันธ์กับคู่อุปการได้ปกติและสม่ำเสมอหรือไม่ครับ/ค่ะ เป็นต้น (ซัซวาล วงศ์สารี, 2559)

4.2 บทบาทการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลง เพราะส่งผลต่อการปรับกิจกรรมทางเพศให้เข้ากับภาวะความเจ็บป่วย โดยให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย AMI มีสุขภาพที่แข็งแรง เพิ่มสมรรถนะในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย พักผ่อนอย่างเพียงพอ และให้ความรู้ในประเด็นเรื่องเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ระยะเวลาที่เหมาะสมการกลับมาเริ่มมีเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัว และข้อควรหลีกเลี่ยง อาการที่ต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคหัวใจ ซึ่งในระหว่างที่ให้ความรู้ พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยกำลังประสบปัญหาพร้อมทั้งรับฟังอย่างตั้งใจ

และให้ความรู้พร้อมวิธีการจัดการกับความรู้สึกดังกล่าวเป็นระยะ ตามเนื้อหาประเด็นที่พูดคุย (ชัชวาล วงศ์สารี, 2559; Byrne et al., 2016; Rosman et al., 2014)

4.3 บทบาทให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษา และผู้รับคำปรึกษา สร้างสัมพันธภาพต่อกัน โดยผู้ให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองว่ามีความต้องการทางเพศและมีการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ในประเด็นความบกพร่องของการทำหน้าที่ทางเพศอย่างไร ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจมีผลมาจากความเชื่อ การรับรู้และความเข้าใจที่ผิด เช่น การมีเพศสัมพันธ์อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ หรือเสียชีวิตได้ขณะทำกิจกรรมทางเพศ ในทางกลับกันความเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะการมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและน้อยกว่าร้อยละ 1 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งหมด (Muller et al., 1996 as cited in Levine et al., 2012; Steinke, 2013) หรือวิตกกังวลในเรื่องสมรรถภาพทางร่างกายที่ลดลง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพิจารณาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน พบว่า การให้คำปรึกษาและความรู้พื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เสริมความมั่นใจให้ทั้งผู้ป่วยและคู่ครองเข้าใจกัน และกลับมาเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัยหลังเกิดภาวะ AMI (Byrne et al., 2016; Xu et al., 2015)

4.4 บทบาทแก้ไขปัญหา หลังจากรวบรวมข้อมูลการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางเพศ ทำให้พยาบาลทราบมุมมองความคิด ทศนคติ ความต้องการทางเพศ และปัญหาของผู้ป่วย พยาบาลจะต้องแจ้งผลการประเมินปัญหาให้ผู้ป่วยทราบข้อมูลในประเด็นที่เป็นปัญหาทางเพศสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และร่วมมือกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกันในรูปแบบที่เป็นบทบาทอิสระ และกึ่งอิสระตามความเหมาะสม ได้แก่ ปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศลดลง ในรูปแบบบทบาทอิสระ เช่น การแนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอหรือมีเพศสัมพันธ์ในตอนเช้า แนะนำการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น บทบาทกึ่งอิสระ เช่น แนะนำการใช้ปั๊มสุญญากาศในการช่วยให้อวัยวะเพศแข็งตัวตามแผนการรักษา ให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงในการใช้ยา (ชนิกา เจริญจิตกุล, 2554; ชัชวาล วงศ์สารี, 2559)

5. โปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

โปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ต่อการทำหน้าที่ทางเพศผู้วิจัยพัฒนาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) ประกอบด้วย การส่งเสริมความพึงพอใจทางเพศ สอบถามความต้องการและเป้าหมายความสำเร็จของการมีเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ สร้างความเข้าใจและรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ปรับกิจกรรมให้เหมาะสม โดยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ลดความวิตกกังวลทางเพศ การให้ความรู้ ทั้งรูปแบบตัวต่อตัวโดยใช้คู่มือการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ และการสื่อสารผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันรายบุคคล โดยใช้เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ และสอบถามขอคำแนะนำหรือคำปรึกษา ติดตามประเมินปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ทางเพศทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าทางเพศ โดยมีกิจกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ลำดับที่	แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept)	กิจกรรมที่สะท้อนแนวคิด
ลำดับที่ 1 (วันที่ 1)	- ความพึงพอใจทางเพศ (Sexual satisfaction) - การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ (Perceived sexual self-efficacy) - ความวิตกกังวลทางเพศ (Sexual anxiety) - ภาวะซึมเศร้าทางเพศ (Sexual depression)	กิจกรรมรูปแบบรายบุคคล (face to face) ระยะเวลา 35-40 นาที ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และขออนุญาตพูดคุยในเรื่องเพศสัมพันธ์ เพื่อดำเนินกิจกรรม - ประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ โดยใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ - ประเมินมุมมองในด้านเพศสัมพันธ์ โดยใช้แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์รายบุคคลและแปลผล เพื่อนำผลการประเมินไปใช้ส่งเสริมรายบุคคลผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน

ลำดับที่	แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept)	กิจกรรมที่สะท้อนแนวคิด
ลำดับที่ 1		- กิจกรรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ โดยใช้แผนการสอน และคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมความพึงพอใจทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ลดความวิตกกังวลทางเพศ และป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าทางเพศ ประกอบด้วย 1. เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรักษา และการปฏิบัติตัว 2. ผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อการทำหน้าที่ทางเพศ 3. ยาที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ 4. ระยะเวลาที่สามารถกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ 5. การประเมินสมรรถภาพร่างกายสำหรับการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ 6. การปฏิบัติตัวเมื่อเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ 7. การสังเกตอาการผิดปกติ สัญญาณอันตรายระหว่างหรือภายหลังมีเพศสัมพันธ์ และการช่วยเหลือเบื้องต้น 8. ผลกระทบด้านอารมณ์ต่อสุขภาพทางเพศ 9. การออกกำลังกายส่งเสริมสมรรถนะทางเพศ ผู้วิจัยแจกคู่มือส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ เพื่อเพื่อให้กลุ่มทดลองทบทวนที่บ้าน และแจ้งรายละเอียดการใช้โมบายล์แอปพลิเคชันผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สำหรับการสื่อสารพูดคุย สอบถามข้อมูล ขอคำปรึกษา และติดตามผล

สัปดาห์ที่	แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept)	กิจกรรมที่สะท้อนแนวคิด
สัปดาห์ที่ 1 ระหว่างช่วง วันที่ 2-7	- ความพึงพอใจทางเพศ - การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ - ความวิตกกังวลทางเพศ - ภาวะซึมเศร้าทางเพศ	กิจกรรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่าน โมบายล์แอปพลิเคชัน 1 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลา 15-30 นาที - ผู้วิจัยส่งคู่มือฉบับอิเล็กทรอนิกส์ และพุดคุยผ่าน ไลน์แอปพลิเคชันส่วนบุคคล และดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1. สอบถามอาการทั่วไปของอาการทางโรคหัวใจ เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการหอบเหนื่อย และ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดบริเวณที่ทำ หัตถการ เช่น อาการปวด ก้อนเลือดขัง เป็นต้น 2. ขออนุญาตพุดคุยในประเด็นเรื่องเพศสัมพันธ์ เพื่อสอบถาม การกลับไปเริ่มการมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังจากเกิดภาวะ AMI 3. นำประเด็นปัญหาในผู้ป่วยแต่ละรายที่ได้จาก การประเมินอัตมโนทัศน์ทางเพศมาส่งเสริมอัตมโน ทัศน์ทางเพศ ดังนี้ 3.1 กิจกรรมส่งเสริมความพึงพอใจทางเพศ - แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิด ความพึงพอใจ ในระยะที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ ได้หรือหลังมีเพศสัมพันธ์ การแสดงพฤติกรรม ได้แก่ การกอด การจูบ การสัมผัส และการพุดคุย ถึงความต้องการทางเพศกับคู่ครอง เป็นต้น 3.2 กิจกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ - เน้นย้ำการประเมินความพร้อมของร่างกาย โดยประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรม เพื่อเปรียบเทียบระดับพลังงานที่ใช้ในการมี กิจกรรมทางเพศ

สัปดาห์ที่	แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept)	กิจกรรมที่สะท้อนแนวคิด
		- แนะนำการทดสอบสมรรถภาพทางร่างกายสำหรับกลับมาเริ่มมีเพศสัมพันธ์ เช่น เช่น การเดินระยะทาง 1.60 กิโลเมตร (2-3 ช่วงตึก) ภายในระยะเวลา 10-15 นาที หรือขึ้น-ลงบันได 2 ชั้น (20 ชั้น ในระยะเวลา 10 วินาที) พร้อมให้ข้อมูลว่าหากผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ ก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย 3.3 กิจกรรมลดความวิตกกังวลทางเพศ และ 3.4 กิจกรรมป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้า - โทรศัพท์ ติดตามอาการผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อ ประเมินความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศก่อนและหลังกลับไปเริ่มมีกิจกรรมทางเพศ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก หรือสอบถามปัญหาพร้อมให้คำแนะนำ แก้ไข และเสริมความมั่นใจให้ผู้ป่วย - ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ ในประเด็นที่ ผู้ป่วยต้องการคำแนะนำ เช่น ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ สัญญาณอันตราย และการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ - เน้นย้ำการสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อขอคำแนะนำ คำปรึกษาปัญหาสุขภาพทางเพศ และสุขภาพทางกาย ได้ตลอดเวลา
สัปดาห์ที่ 2	- ความพึงพอใจทางเพศ	- กิจกรรมเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่	แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept)	กิจกรรมที่สะท้อนแนวคิด
	- การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ - ความวิตกกังวลทางเพศ - ภาวะซึมเศร้าทางเพศ	: กิจกรรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน
สัปดาห์ที่ 3	- ความพึงพอใจทางเพศ - การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ - ความวิตกกังวลทางเพศ - ภาวะซึมเศร้าทางเพศ	- กิจกรรมเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 : กิจกรรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน - ประเมินอัตมโนทัศน์ทางเพศ เนื่องจากผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งเสริมโปรแกรมอัตมโนทัศน์ทางเพศเสร็จสิ้นในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยจึงประเมินอัตมโนทัศน์ทางเพศในกลุ่มทดลองเพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ โดยใช้เกณฑ์ร้อยละ 80 ของคะแนนแบบสอบถามในกรณีที่กลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ ผู้วิจัยจะตรวจสอบว่ากลุ่มทดลองในแต่ละรายยังคงมีปัญหาในมิติใดของอัตมโนทัศน์ทางเพศ และดำเนินกิจกรรมซ้ำในส่วนที่ยังเป็นปัญหา พร้อมทั้งให้คำปรึกษา และประเมินซ้ำหลังจากดำเนินกิจกรรม สิ้นสุดการดำเนินโปรแกรม
สัปดาห์ที่ 4 ระยะเวลา 10-15 นาที		- ทบทวนความรู้โดยใช้กิจกรรมเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 : กิจกรรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน - ประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ โดยใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ

หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศครบ 3 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ตามนัด ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ ในกรณีที่ไม่ตรงตามนัดใช้วิธีผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ

วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อัตมโนทัศน์ทางเพศ (ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อายุระหว่าง 21-59 ปี จำนวน 132 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.322, -.388$ และ $-.512, p < .05$) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .517, .605$ และ $.433, p < .05$)

ชญญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 คน พบว่ามีพฤติกรรมทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($r = .652, .645$ และ $.394, p < .05$) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ($r = -.610, -.557, -.458$ และ $-.368, p < .05$) และปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578, p < .05$)

พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2563) ศึกษาสัมพันธ์กับปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และการสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังทำ PCI ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18-59 ปี จำนวน 112 คน พบว่าการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำให้ PCI อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 47.61, SD = 4.83$) เพศและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทำให้ PCI ($r_{pb} = .109$ และ $-.133, p < .05$) ความวิตกกังวลทางเพศและภาวะซึมเศร้าทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ทางเพศ ($r = -.495$ และ $-.407, p < .05$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศ ($r = .212$ และ $.633, p < .05$)

เตือนใจ โปร์ระดับ และคณะ (2565) ศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความกลัวการเคลื่อนไหว ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพ ต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือด จำนวน 126 คน พบว่ามีการทำหน้าที่ทางเพศในระดับปานกลางร้อยละ 49.2 และระดับมาก ร้อยละ 47.6 โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมทำนายการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 5.2 (adjusted $R^2=.052$, $p<.05$) ความรุนแรงของโรค และความกลัวการเคลื่อนไหวเป็นเพียงสองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta =.19$ และ $-.18$, $p<.05$)

Steinke et al. (2015) ศึกษาและประเมินการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางเพศก่อนและหลัง ได้รับการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 211 คน พบว่า beta blocker generation 1, beta blocker generation 3, calcium channel blockers, vasodilators, diuretics, and loop diuretics ทำให้เกิดปัญหาต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ผู้ป่วยโดยตรง มีปัญหาความต้องการทางเพศลดลง มีปัญหาองคชาตไม่แข็งตัว การหลั่งเร็ว มีความบกพร่องทางเพศ มีความผิดปกติเกี่ยวกับการปลุกเร้าอารมณ์ การตอบสนองทางเพศลดลง ความต้องการทางเพศลดลง และการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ และพบว่าจำนวนการใช้ยา ระดับการศึกษา และรายได้ ร่วมทำนายการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางเพศร้อยละ 25.7 ($R^2 =0.257$, $p<.001$)

Lindau et al. (2016) ศึกษากิจกรรมทางเพศและการทำหน้าที่ทางเพศใน 1 ปี หลังจากเกิดภาวะ AMI ชายและเพศหญิงในประเทศสหรัฐอเมริกาและสเปน เพื่ออธิบายรูปแบบกิจกรรมทางเพศ และการทำหน้าที่ทางเพศ และระบุสาเหตุการลดลงของกิจกรรมทางเพศใน 1 ปี กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 2,802 คน เป็นผู้ป่วยเพศหญิง จำนวน 1,889 คน อายุเฉลี่ย 49 ปี (44-52ปี) พบว่าผู้ป่วยเพศชายกลับไปมีเพศสัมพันธ์ภายใน 1 เดือนมากกว่าผู้หญิง ร้อยละ 63.9 และ 54.5 ($p<0.001$) และภายใน 1 ปี ร้อยละ 94.4 และ 91.3 ($p<.01$) ในผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายที่มีเพศสัมพันธ์ปกติก่อนและหลังเกิดภาวะ AMI พบว่าเพศหญิงมีปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศน้อยกว่าเพศชาย ร้อยละ 40.3 และ ร้อยละ 54.8 ($p<.01$) เมื่อติดตามไป 1 ปี หลังจากเกิด AMI พบว่าปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศในเพศหญิง ได้แก่ ความสนใจทางเพศลดลง ร้อยละ 39.6 ความหล่อลื่นของช่องคลอดลดลง ร้อยละ 22.3 และในเพศชายชายมีปัญหาในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ ร้อยละ 21.7 ความสนใจทางเพศลดลง ร้อยละ 18.8 และนอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการพูดคุยเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ภายใน 1 เดือนภายหลังเกิดภาวะ AMI ทำให้กลับมา มีเพศสัมพันธ์ล่าช้า (AOR 1.51; 95% CI, 1.11-2.05; $p=0.08$) มีความเครียดเพิ่มขึ้น (AOR 1.36; 95% CI, 1.01-1.83) และมีภาวะเบาหวาน (AOR 1.51; 95% CI, 1.11-2.05) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุของการลดลงในการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 1 ปี หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Goławski et al. (2017) ศึกษาและประเมินการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ อายุ 18-70 ปี จำนวน 60 คน ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ 2 ครั้ง คือ ช่วงเวลา 3 วัน และระหว่าง 4-6 เดือน หลังจากที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าในการประเมินการทำหน้าที่ทางเพศครั้งแรก การทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน สำหรับการประเมินการทำหน้าที่ทางเพศครั้งที่ 2 พบว่า การทำหน้าที่ทางเพศในช่วงระยะเวลา 4-6 เดือน ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจมีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเฉพาะผู้ป่วย AMI ที่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศรุนแรงหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจส่งผลต่อสมรรถภาพทางเพศดีขึ้นในช่วงเวลา 4-6 เดือนหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

Smith et al. (2021) ศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศและอำนาจทำนายของปัจจัย ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความกลัวการมีเพศสัมพันธ์ การแสวงหาแรงสนับสนุน และกระบวนการแก้ไขปัญหา กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย จำนวน 52 คน อายุ 26-86 ปี พบว่า ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความกลัวการมีเพศสัมพันธ์สามารถทำนายการทำหน้าที่ทางเพศ ($\beta = -0.43, -1.23, -0.31$ ตามลำดับ $p < .01$) การแสวงหาแรงสนับสนุน และกระบวนการแก้ไขปัญหาสามารถทำนายการทำหน้าที่ทางเพศ ($\beta = 1.47, p < .01$ และ $\beta = 0.95, p < .02$)

จากวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางเพศ ซึ่งตัวแปรดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการศึกษาหลายเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำได้ ได้แก่ เพศ อายุ และความรุนแรงของโรค ปัจจัยที่สามารถจัดกระทำได้ ได้แก่ ความพึงพอใจทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และชนิดของยารักษาโรคหัวใจ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการทำหน้าที่ทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และปัจจัยส่วนหนึ่งพบมีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) และพบว่ามี การนำปัจจัยดังกล่าวไปใช้ในการศึกษาด้านพฤติกรรมทางเพศ และการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายหลายการศึกษา ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ความพึงพอใจทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ

6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมทำหน้าที่ทางเพศ

วินิตย์ หลงละเลิง (2546) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 35-60 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ กลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สมพร งามวิสัย (2553) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 35-65 ปี ที่มาับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

Soroush et al. (2018) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมของพัฒนาความรู้ความต้องการทางเพศ ต่อมิติทางด้านจิตใจของการทำหน้าที่ทางเพศ และคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจ อายุ 35-70 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 23 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน เป็นงานวิจัยแบบทดลองมีกลุ่มควบคุมใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศ ครั้งแรกเริ่มการพูดคุยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ทางเพศและโรคหัวใจโดยเฉพาะหลังการผ่าตัดหัวใจ ครั้งที่สองประเมินอารมณ์และความรู้สึกทางด้านลบ เช่น กลัว เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า พร้อมให้ความรู้ผลกระทบของอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ทางเพศ และการอธิบายท่าที่เหมาะสมระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ข้อจำกัดและความเสี่ยงก่อน ขณะ และหลังมีเพศสัมพันธ์ และครั้งสุดท้ายตอบคำถามผู้ป่วย พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมมีความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นและลดความกลัวเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Ziaei et al. (2018) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดอ้อมโนทัศน์ทางเพศต่อสุขภาพทางเพศในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ประเทศอิหร่าน จำนวน 59 คน อายุระหว่าง 15-44 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับจะได้รับคำปรึกษาแบบรายบุคคลระยะเวลา 45 นาที ร่วมกับการใช้แนวคิดอ้อมโนทัศน์ทางเพศ โดยวิธีการสัมภาษณ์ เริ่มจากการประเมินการทำหน้าที่ทางเพศของเพศหญิงในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ ความปรารถนาในการมีเพศสัมพันธ์ ความตื่นตัวทางเพศ การหลั่งน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ การถึงจุดสุดยอด ความพึงพอใจทางเพศ และความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ พร้อมทั้งสังเกตพฤติกรรม อารมณ์ และการประเมินอ้อมโนทัศน์ทางเพศเพื่อประเมินมุมมองในเรื่องเพศสัมพันธ์ หากพบว่ามีปัญหา หรือมีมากกว่า 1 ปัญหา จัดลำดับปัญหาที่มีความสำคัญและให้คำแนะนำ กรณีกลุ่มทดลองต้องการปรึกษาเพิ่มเติมวางแผนการให้คำปรึกษาครั้งถัดไป ระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$)

Tirgari et al. (2019) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศต่อความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชาย ประเทศอิหร่าน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การให้ความรู้แบบรายบุคคลระยะเวลา 30 นาที และวิถีทัศน์ที่เกี่ยวข้อง 20 นาที อาทิตย์ละ 1 ครั้ง ได้แก่ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคหัวใจ การใช้ยาเสริมสมรรถนะทางเพศและผลข้างเคียง และการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมกล้ามเนื้อ อุ้งเชิงกราน ส่งข้อความและโทรศัพท์ติดตามอาการระหว่างระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลง การทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$)

Palm et al. (2019) ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศในผู้ป่วยเพศชาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 75 คน กลุ่มควบคุม 79 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอารมณ์ต่อการทำหน้าที่ทางเพศ คำปรึกษาแบบรายบุคคลเรื่องเพศสัมพันธ์ พูดคุยเกี่ยวกับสาเหตุของการทำหน้าที่บกพร่อง ระดับพลังงานที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาสุขภาพทางเพศ โรคประจำตัว และยา ส่งเสริมการออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 นาที โดยเริ่มจากอบอุ่นร่างกาย 10 นาที ปั่นจักรยานด้วยเครื่องออกกำลังกาย 20 นาที ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 20 นาที และยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 10 นาที เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมมีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0003$)

Farajkhoda et al. (2022) ศึกษาผลประสิทธิภาพระหว่างการใช้สื่อออนไลน์ และโทรศัพท์ ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาของการมีเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อการทำหน้าที่ทางเพศใน เพศหญิงที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยดำเนินกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ (ระยะเวลา 60 นาที) กลุ่มที่ 1 สื่อสารผ่านโมบิลแอปพลิเคชันสำหรับการพูดคุย รูปภาพ และวิดีโอ กลุ่มที่ 2 ผ่านโทรศัพท์ด้วยการพูดคุยเท่านั้น กลุ่มละ 23 คน พบว่าทั้งสองวิธีส่งผลให้ การทำหน้าที่เพศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้วยวิธีโมบิล แอปพลิเคชันดีกว่าการใช้โทรศัพท์ ($p < .002$)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่ามีงานวิจัยที่เป็นปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมและ การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย งานวิจัยเชิงทดลองที่ส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และโปรแกรมมีการประยุกต์ใช้แนวความคิดการตอบสนองทางเพศ (Masters & Johnson, 1966) โปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) แต่ยังไม่พบการประยุกต์ใช้แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) ต่อการทำหน้าที่ทางเพศใน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ด้วยปัญหาหรือสาเหตุที่สัมพันธ์กับสุขภาพทางเพศ ได้แก่ ระยะต้นตัว มีความต้องการทางเพศลดลง ระยะกำหนด มีอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรือวัยวะเพศไม่แข็งแรง ระยะจุดสุดยอด มีปัญหา ถึงจุดสุดยอดลดลง และระยะกลับสู่สภาพ มีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หรือหยุดมีเพศสัมพันธ์ พบว่าผู้ป่วยมี ความพึงพอใจทางเพศลดลง ขาดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ มีความวิตกกังวลทางเพศ และ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ กลัวการมีเพศสัมพันธ์ที่ส่งผลทำให้อาการกำเริบซ้ำรวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับ เพศสัมพันธ์ภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ทางเพศใน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยโปรแกรม ที่ทบทวนมาส่วนใหญ่ข้างต้นอาจไม่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะปัจจัย ในด้านการส่งเสริมความพึงพอใจทางเพศ การให้คำแนะนำ คำปรึกษาเพื่อป้องกันและ/หรือลดภาวะ ซึมเศร้าทางเพศ ซึ่งบทบาทของพยาบาลมีความจำเป็นต้องส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสม และครอบคลุมทุกมิติ

ดังนั้นผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) ร่วมกับการใช้สื่อ สังคมออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อเป็นช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่มี ความเป็นส่วนตัว สะดวกรวดเร็ว และสามารถเข้าถึงการดูแลในมิติด้านจิตใจ (Watzke et al., 2017) นอกจากนี้เพื่อใช้ในกิจกรรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ได้แก่ ให้ความรู้ คำแนะนำหรือคำปรึกษาทางเพศ ติดตามปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขปัญหสำหรับการ

ส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจให้มีการทำหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสม ปลอดภัย ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



7. กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน
ต่อการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ดำเนินกิจกรรมในรูปแบบรายบุคคล และการสื่อสารผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน

1. สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความไว้วางใจ ชี้แจง
วัตถุประสงค์การวิจัย ประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ โดยใช้แบบวัดดัชนีสากล
ของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ และประเมินมุมมองในด้านเพศสัมพันธ์
โดยประเมินอัตมโนทัศน์ทางเพศ

2. ส่งเสริมความพึงพอใจทางเพศ กำหนดเป้าหมายการทำหน้าที่ทางเพศที่
ต้องการ และทราบวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อสร้างความพึงพอใจทางเพศในขณะ
ที่ยังไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ และภายหลังเมื่อกลับไปมีเพศสัมพันธ์ เช่น กอด
จูบ สัมผัส การพูดคุยกับคู่ครองถึงความต้องการทางเพศ เป็นต้น

3. ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ สามารถประเมินสมรรถนะทาง
เพศ ความพร้อมทางร่างกายก่อนกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ และมีความมั่นใจใน
การเริ่มกลับมา มีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จตามความต้องการ

4. ลดความวิตกกังวลทางเพศ ไม่มีความวิตกกังวลทางเพศ หรือความวิตก
กังวลทางเพศลดลง มีมุมมองด้านบวก และสามารถปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์
ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเหมาะสม ผู้ป่วยพูดคุย ขอคำแนะนำ
หรือคำปรึกษาด้านสุขภาพทางเพศที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ

5. ป้องกัน/ลดภาวะซึมเศร้าทางเพศ ไม่มีภาวะซึมเศร้า เข้าใจปัญหาและ
อุปสรรคข้อจำกัดทั้งในด้านร่างกาย วิเคราะห์ปัญหา และสามารถปรับตัวด้าน
เพศสัมพันธ์ได้เหมาะสม

- โทรศัพท์ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน ติดตามเยี่ยม 1 ครั้งต่อสัปดาห์

การทำหน้าที่
ทางเพศ

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) (Burns & Grove, 2009) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

	กลุ่มควบคุม	O1		O2
	กลุ่มทดลอง	O3	x	O4
O1	หมายถึง	คะแนนการทำหน้าที่ทางเพศของบุคคลเพศชายกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง		
O2	หมายถึง	คะแนนการทำหน้าที่ทางเพศของบุคคลเพศชายกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลอง		
O3	หมายถึง	คะแนนการทำหน้าที่ทางเพศของบุคคลเพศชายกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันก่อนการทดลอง		
O4	หมายถึง	คะแนนการทำหน้าที่ทางเพศของบุคคลเพศชายกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่ได้รับ กลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันทางเพศหลังการทดลอง		
X	หมายถึง	ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันร่วมกับการพยาบาลตามปกติ		

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน โดยผู้วิจัย กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ในการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปประเมินโดยใช้ MMSE-Thai 2002 (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, 2542)
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ได้แก่ VT, VF และอาการทางโรคหลอดเลือดและหัวใจ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หอบเหนื่อย เป็นต้น
3. ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 ตามเกณฑ์จำแนกของสมาคมโรคหัวใจแคนาดา (Campeau, 2002) ได้จากบันทึกในเวชระเบียนซึ่งแพทย์ประเมินภายหลังการรักษา
4. ไม่มีอาการหย้อนสมรรถภาพทางเพศ ประเมินโดยใช้แบบคัดกรอง IIEF5 คะแนนอยู่ระหว่าง 22-25 คะแนน (Sangkum et al., 2017)
5. ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ เช่น การประเมินจากการวิ่งทดสอบสมรรถภาพหัวใจ หรือความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 3-5 METs
6. มีคูครองอยู่ด้วยกัน และยังคงมีกิจกรรมทางเพศ (ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์)
7. ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม และ/หรือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม (กรมสุขภาพจิต, 2557)
8. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรม และสามารถ ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
9. มีโทรศัพท์ และสามารถใช้อีเมลแอปพลิเคชันในการติดต่อสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้

1. มีอาการเปลี่ยนแปลงของโรคหัวใจขณะเข้าร่วมโปรแกรม เช่น แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นต้น
2. ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะเข้าร่วมโปรแกรมต่อ หรือไม่สามารถติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างได้ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 4 สัปดาห์

ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการทดลองครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 22 คน เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 4 สัปดาห์ ไม่มีผู้ใดถอนตัวออกจากการวิจัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือภาวะวิกฤตในระหว่างการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยวิธีจับคู่ (matched pairs) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยพิจารณาจากตัวแปร ดังนี้ อายุ โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ ได้แก่ อายุ 30-39 ปี อายุ 40-49 ปี อายุ 50-59 ปี อายุ 60-69 ปี และ 70 ปีขึ้นไป (Milhoua et al., 2006) ประเภทของยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจกลุ่ม Beta-blockers และ ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) (Manolis et al., 2020) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อได้รับการจับคู่ (Match pair) ตามปัจจัย อายุ และประเภทของยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจ (n1=n2=22)

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n ₁ =22)		กลุ่มทดลอง (n ₂ =22)	
	อายุ	ประเภทของยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจ	อายุ	ประเภทของยาที่ใช้รักษาโรคหัวใจ
1	39	ไม่ได้รับยา	37	ไม่ได้รับยา
2	44	ไม่ได้รับยา	44	ไม่ได้รับยา
3	53	ไม่ได้รับยา	51	ไม่ได้รับยา
4	47	ไม่ได้รับยา	48	ไม่ได้รับยา
5	37	Beta-blockers	39	Beta-blockers
6	46	Beta-blockers	48	Beta-blockers
7	42	Beta-blockers	47	Beta-blockers
8	43	ไม่ได้รับยา	47	ไม่ได้รับยา
9	57	ไม่ได้รับยา	56	ไม่ได้รับยา
10	45	ไม่ได้รับยา	46	ไม่ได้รับยา
11	56	ไม่ได้รับยา	51	ไม่ได้รับยา
12	41	ไม่ได้รับยา	48	ไม่ได้รับยา
13	54	Beta-blockers	55	Beta-blockers
14	50	Beta-blockers	50	Beta-blockers
15	50	ไม่ได้รับยา	54	ไม่ได้รับยา
16	50	ไม่ได้รับยา	53	ไม่ได้รับยา
17	49	ไม่ได้รับยา	41	ไม่ได้รับยา
18	43	ไม่ได้รับยา	49	ไม่ได้รับยา

กลุ่มควบคุม ($n_1=22$)			กลุ่มทดลอง ($n_2=22$)	
คู่ที่	อายุ	ประเภทของยาที่ใช้รักษา โรคหัวใจ	อายุ	ประเภทของยาที่ใช้รักษา โรคหัวใจ
19	54	ไม่ได้รับยา	59	ไม่ได้รับยา
20	46	Beta-blockers	48	Beta-blockers
21	49	Beta-blockers	47	Beta-blockers
22	52	Beta-blockers	57	Beta-blockers

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยการเปิดตาราง ของ Cohen (1988) โดยกำหนดขนาดอิทธิพลปานกลาง (effect size = .50) เพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ระดับ .80 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 ในการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (one-tailed test) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 22 คน รวมทั้งหมด 44 คน (Burns & Grove, 2009 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2564) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยจัดให้กำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและ 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง

ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานเพื่อขอเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำคลินิกหัวใจและหลอดเลือด เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับ

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ณ คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง โดยมีวิธีการเลือก ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทำแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบประเมิน MMSE-Thai 2002 (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น, 2542)

- ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องได้คะแนน 15 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 23)

- ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา ต้องได้คะแนน 15 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 30)
- ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้คะแนน 22 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 30)

2) ประเมินอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรอง IIEF5 ของ Sangkum et al. (2017) เพื่อประเมินอาการความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ แบบประเมินมีลักษณะแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) มีทั้งหมด 5 ข้อ ค่า Cronbach's alpha 0.99 และ test-retest reliability 0.92 เพื่อคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ที่มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22-25 คะแนน เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

3) ประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม และ/หรือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม (กรมสุขภาพจิต, 2557) โดยเริ่มจากการประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม หากกลุ่มตัวอย่างตอบว่า “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ ถือว่าปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า และหากตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม ตรวจสอบความเที่ยง Cronbach's alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.784 - 0.821 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 และความสอดคล้องระหว่าง 2 คำถาม สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson เท่ากับ 0.719 ($p < 0.001$) มีค่าความไว ร้อยละ 85 ค่าความจำเพาะร้อยละ 72 และค่า likelihood ratio 3.04 การแปลผล แบบประเมิน 9 คำถาม คะแนนน้อยกว่า 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อ และตรวจสอบคุณสมบัติที่กำหนดจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form) เป็นกลุ่มควบคุมจนครบ 22 คน

กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและตรวจสอบคุณสมบัติที่กำหนดจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มควบคุม (Matched pairs) ได้แก่ อายุ โดยกำหนดเป็นช่วงอายุ และ ประเภทของยารักษาโรคหัวใจ คือ beta-blocker และ diuretic จนได้กลุ่มทดลอง 22 คน

2) เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาประโยชน์ที่จะได้รับ ตลอดจนขั้นตอนดำเนินการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Inform Consent Form)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของ พรรชา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2563) มีข้อคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ ช่วงอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ การรักษาที่ได้รับ โรคร่วม กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน ตำแหน่งของการขยายหลอดเลือด ระยะเวลาที่ทราบเป็นโรคหัวใจ อาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาในการเริ่มกลับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ด้านเพศสัมพันธ์ ความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ อาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ สิ่งที่ต้องการทราบเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบสำรวจรายการ ให้เลือกตอบและแบบเติมคำในช่องว่าง

1.2 แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ เป็นแบบสอบถาม วัดการทำหน้าที่ทางเพศของเพศชาย แปลเป็นภาษาไทย โดย อภิชาติ กงกะนันท์ และคณะ (2546) เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5 และ 15 ความสามารถในการถึงจุดสุดยอด 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 9 และ 10 ความต้องการทางเพศ 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 11 และ 12 ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 6, 7 และ 8 และความพึงพอใจโดยรวม 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 13 และ 14

การแปลผลคะแนน

เกณฑ์การประเมิน โดยคะแนนรวมจากข้อคำถามทั้งหมด 5-75 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการทำหน้าที่ทางเพศดี

เกณฑ์การแบ่งคะแนน ผู้วิจัยแบ่งอันตรายภาคขึ้น เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (อภิชาติ กงกะนันท์ และคณะ, 2546)

คะแนน 5-28 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับน้อย

คะแนน 29-52 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 53-75 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ ใช้แบบสอบถาม ของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักข์ณ เอื้อกิจ (2553) แพล และประยุกต์มาจากแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศตามแนวคิด ของ Steinke et al. (2008) ที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในการมีเพศสัมพันธ์ในมิติต่าง ๆ (The Multidimension Sexual Self-Concept Questionnaire; MSSCQ) ของ Snell (1988) ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 3 ข้อ ข้อที่ 1-3
- 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 4 ข้อ ข้อที่ 4-7
- 3) ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ และ ข้อที่ 8-13
- 4) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ ข้อที่ 14-17

มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-7 และ ข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8-17 ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวเลือก	คะแนนข้อคำถามทางบวก	คะแนนข้อคำถามทางลบ
เห็นด้วยอย่างมาก	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	1 คะแนน	5 คะแนน

การแปลผลคะแนน มีคะแนนรวมตั้งแต่ 17-85 คะแนน ผู้วิจัยประเมินอัตมโนทัศน์ทางเพศ ในสัปดาห์ที่ 3 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนอัตมโนทัศน์ทางเพศมากกว่าร้อยละ 80 นั่นคือ ต้องมีคะแนนอย่างน้อย 68 คะแนนจากคะแนนเต็ม 85 คะแนน จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

กรณีกลุ่มตัวอย่างได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อคำถามที่ผู้ปวยกล่ามนี้อั หวัใจตายเพศชายให้ระดับความคิดเห็นระดับน้อยว่าเป็นองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ทางเพศข้อใด พุดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ผู้ปวยมีอัตมโนทัศน์ทางเพศที่ ดีขึ้นแล้ววัดผลซ้ำใหม่อีกครั้งภายหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ กำกับการทดลอง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน ประยุกต์ใช้แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) ซึ่งจัดทำในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นแนวทางในการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

3.1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ โดยกำหนดเนื้อหาที่สำคัญให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศ

3.1.2 ศึกษาปัญหา สาเหตุ ที่ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีภาวะบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอัตมโนทัศน์ทางเพศ

3.1.3 พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม โดยนำแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และพัฒนาคู่มือการดำเนินกิจกรรม โดยนำแนวคิดที่ได้จากการค้นคว้าเกี่ยวกับการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อกำหนดรูปแบบการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ ดังนี้

3.1.3.1 ส่งเสริมสร้างความพึงพอใจทางเพศ กำหนดเป้าหมายความต้องการทางเพศ ลักษณะการแสดงออกทางเพศของผู้ป่วย

3.1.3.2 ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ การรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์

3.1.3.3 ลดความวิตกกังวลทางเพศ ให้ความรู้เป็นรายบุคคลตามแผนการสอนส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศและคู่มือส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ และให้ความรู้ผ่านแอปโมบายล์แอปพลิเคชัน

3.1.3.4 ป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้าทางเพศ เปิดโอกาสเพื่อขอคำแนะนำ/ปรึกษา และพูดคุยระบายความรู้สึก ปัญหาและอุปสรรคการทำหน้าที่ทางเพศ และแก้ไขปัญหา ร่วมกัน ในรูปแบบรายบุคคล และผ่านแอปโมบายล์แอปพลิเคชัน

3.2 จัดทำเอกสารคู่มือที่ใช้ในโปรแกรมการให้ความรู้ ได้แก่

3.2.1 แผนการสอนเรื่องการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศ โดยสรุปเนื้อหาหลักที่สำคัญในเรื่องการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม

เพื่อเพิ่มรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศในการเริ่มกลับมามีเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการผิดปกติระหว่าง มีเพศสัมพันธ์ การค้นหาปัญหาโดยใช้แบบสอบถามประเมินอัตมโนทัศน์ทางเพศ

3.2.2 คู่มือส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ กำหนดเนื้อหาให้ครอบคลุม ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเริ่มกลับมามีเพศสัมพันธ์ การประเมินความพร้อมของสมรรถนะร่างกายและสมรรถนะทางเพศ กลุ่มยารักษาโรคหัวใจที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ การปฏิบัติตัวและข้อควรหลีกเลี่ยงก่อนมีเพศสัมพันธ์ อาการผิดปกติระหว่างมีเพศสัมพันธ์ การออกกำลังกายส่งเสริมกล้ามเนื้ออู้งเชิงกรานเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศ คำถาม-คำตอบที่พบบ่อยเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.2.3 แผนการติดตามผ่านโมบิลแอปพลิเคชันส่วนตัว เพื่อติดตามอาการ และประเมินปัญหาของผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น ประเมินปัญหาและอุปสรรคก่อนและหลังการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ความกลัวในการกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามปัญหาสุขภาพทางเพศพร้อมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาร่วมกับแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อได้รับข้อมูลในประเด็นที่ผู้ต้องการ โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามอาการผ่านโมบิลแอปพลิเคชันในทุกวันจันทร์ของสัปดาห์

3.2.4 ผู้วิจัยกำหนดการประเมินการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในสัปดาห์ที่ 4

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชัน ซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือกำกับทดลอง และเครื่องมือดำเนินการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความเหมาะสม หลังจากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วจึงนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา การใช้สำนวนภาษา รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่

1. แพทย์หมั้นทนการหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 คน
2. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือมีความรู้ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 3 คน
3. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน

จากนั้นนำเครื่องมือทั้งหมดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาหาคำนวนหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity: CVI) โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงตามเนื้อหาตามความคิดเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณความตรงตามเนื้อหาและเกณฑ์ค่า CVI $\geq .80$ ขึ้นไป (Polit & Hungler, 2014 อ้างถึงใน รัตนศิริ ทาโต, 2564)

$$\text{จากสูตร CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ภายหลังการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงให้มีความถูกต้อง ครบคลุม และเหมาะสม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามส่วนบุคคล เพิ่มเติมข้อมูลที่จำเป็น ได้แก่ อายุ ปรับภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม ได้แก่ “ท่านทราบว่าท่านเป็นโรคหัวใจมานาน” เป็น “ระยะเวลาที่ท่านว่าเป็นโรคหัวใจ” และ “ท่านมีเพศสัมพันธ์หลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกเมื่อใด” เป็น “ระยะเวลาที่ท่านมีเพศสัมพันธ์หลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก” และตัดข้อความ “ไม่ได้เรียนหนังสือ” ออกจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ โดยคำนวณหาค่าดัชนีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI = 1 มีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดีมาก

เครื่องมือกำกับการทดลอง แบบสอบถามอัตโนทัศนทางเพศ ปรับข้อความ “ฉันสามารถที่จะทำกิจกรรมทางเพศกับคูครองที่สร้างความสุขให้กับฉันได้” เป็น “ฉันสามารถที่จะทำกิจกรรมทางเพศกับคูครองจนถึงจุดสุดยอดได้” “ฉันสามารถที่จะจัดการกับความต้องการทางเพศของตนเองได้” เป็น “ฉันสามารถที่จะจัดการกับความต้องการทางเพศด้วยตนเองได้” และ “ฉันรู้สึกเศร้าเมื่อคิดถึงประสบการณ์ทางเพศหลังจากเป็นโรคหัวใจ” เป็น “ฉันรู้สึกเศร้าเมื่อคิดถึงประสบการณ์ทางเพศภายหลังเป็นโรคหัวใจ” คำนวนหาค่าดัชนีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI = 0.82 มีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี

เครื่องมือดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมอัตโนทัศนทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน ปรับเพิ่มเติมรายละเอียดของกิจกรรมการส่งเสริมความพึงพอใจทางเพศ คือ แนะนำวิธีการปฏิบัติเพื่อสร้างความพึงพอใจเมื่อไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ หรือหลังมีเพศสัมพันธ์ได้โดยการแสดงออกทางเพศ เช่น กอด จูบ เป็นต้น คู่มือส่งเสริมอัตโนทัศนทางเพศ ปรับขนาดตัวอักษรให้ใหญ่ขึ้น เพิ่มรายละเอียดเนื้อหาในหัวข้ออาการ และอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย “หรือหอบเหนื่อย” ใน อาการหายใจลำบาก เป็น หายใจลำบาก หรือหอบเหนื่อย “หรือมีการเจ็บร้าว

ไปคอ กราม ไหล่ แขน หรือทะลุหลังได้” ในอาการ เจ็บตรงกลางหน้าอก เป็น เจ็บตรงกลางหน้าอก หรือมีการเจ็บร้าวไปคอ กราม ไหล่ แขน หรือทะลุหลังได้ “ใจสั่น” ในอาการ เหงื่อออก เป็น เหงื่อออก /ใจสั่น “คล้ายเป็นลม” ใน อาการ เวียนศีรษะหน้ามืด เป็น เวียนศีรษะหน้ามืดคล้ายเป็นลม แผนการสอนเรื่องการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ควรเน้นถึงผลกระทบการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญ และวัตถุประสงค์หลักของการสอนตั้งแต่ขั้นนำ ภาษาที่ใช้ และระยะเวลาในการสอนในแต่ละหัวข้อเหมาะสม

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

การตรวจสอบความเที่ยง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ นำแบบประเมินแบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ แบบสอบถามอ้อมโนทัศน์ทางเพศ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และภาษาไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 15 คน แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง ที่คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา (Burns et al., 2013 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี หน้า 23) แบบประเมินแบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.92 และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามอ้อมโนทัศน์ทางเพศได้เท่ากับ 0.94 Devillis (2017) ระบุค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่โดยค่าที่ยอมรับ คือ 0.80 - 0.90 จากค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่คำนวณได้ แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินมีความเหมาะสมสำหรับการนำไปกับผู้ที่เป็โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำได้นำโปรแกรมส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน คู่มือการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนการติดตามเยี่ยมผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันรายบุคคลโดยการโทรศัพท์ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน และแผนการสอนเรื่องการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าใจเนื้อหา และขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรม คู่มือส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศ ใช้ภาษาเหมาะสม เข้าใจง่าย ขนาดรูปเล่มมีความเหมาะสม มีทั้งในรูปแบบที่เป็นคู่มือฉบับเอกสารและคู่มือฉบับอิเล็กทรอนิกส์ สะดวกในการศึกษาและทบทวน แบบติดตามการเยี่ยมผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน มีเนื้อหา และระยะเวลาในการสนทนามีความเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองทั้งหมด แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยออกเป็น 2 ส่วน โดยดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. การเตรียมผู้วิจัย เตรียมความพร้อมโดยศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มอาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ฝึกทักษะการให้คำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์จากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ
2. เตรียมและสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน แผนการสอนและคู่มือการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศทั้งในรูปแบบคู่มือและเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ แผนการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันเป็นรายบุคคล
3. ผู้วิจัยนำหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณะบดี คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ตัวอย่างเครื่องมือ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
4. ผู้วิจัยยื่นเรื่องขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตรัง
5. ภายหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 เลขที่โครงการวิจัย 023/2566 ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเอง
6. หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง และอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานเพื่อขอเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ และจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ (5 มิถุนายน 2566 - 20 กันยายน 2566)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกวันที่มีกลุ่มตัวอย่างเวลา 08.00-16.00 น. ณ คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์ ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง แนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเพื่อพินิจสิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจ

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย กำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและ 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง รวม 44 คน

4. พิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อผลการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ช่วงอายุ และประเภทของยารักษาโรคหัวใจ

5. เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 22 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมและทดลองจนครบแล้วจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 22 คนหลังเข้าเป็นกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง

6. หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเริ่มทำกิจกรรม ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง มีรายละเอียดการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มควบคุม เริ่มตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน 2566 – 26 กรกฎาคม 2566

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หลังได้พบแพทย์ตามนัด และรอพยาบาลเรียกพบ หลังการตรวจจากแพทย์ ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่เข้ารับการตรวจ สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงแนวทางการดำเนินการวิจัย การพินิจสิทธิ์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อพิจารณาตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยตอบ และอธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากแพทย์ พยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลเช่นเดิม

สรุปการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นกลุ่มควบคุม เข้าใจวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการทำวิจัย ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินการทำหน้าที่ทางเพศโดยใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ

สัปดาห์ที่ 2-3 ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติ

สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ประเมินการทำหน้าที่ทางเพศโดยใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ

ภายหลังโครงการวิจัยสิ้นสุดระหว่างรอแพทย์ตรวจ ผู้วิจัยให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศตามแผนการสอนการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งประกอบไปด้วยเนื้อหาเช่นเดียวกับที่กลุ่มทดลองได้รับ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์ วิธีออกกำลังกายเพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน เป็นต้น และมอบคู่มือการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศ

สรุปการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจ ตั้งใจฟังในเนื้อหาความรู้ที่ได้รับ และเล่าประสบการณ์การเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ เช่น มีความกลัวที่จะกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบซ้ำ มีความวิตกกังวลระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ไม่ทราบระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น และกล่าวว่าสาระความรู้ที่ได้รับเป็นประโยชน์ ตรงกับที่ผู้ป่วยเคยประสบเหตุการณ์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินโครงการวิจัยสิ้นสุด (ระยะเวลา 30-45 นาที)

กลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ เริ่มตั้งแต่วันที่ 27 กรกฎาคม – 20 กันยายน 2566

ผู้วิจัยดำเนินการคัดกลุ่มตัวอย่างขณะผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ 24-72 ชั่วโมงแรกและไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวทางและระยะเวลาดำเนินการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม เพื่อพิจารณาตัดสินใจในการเข้าร่วมงานวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมโปรแกรม ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากจำหน่ายครบ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมารับบริการและติดตามอาการ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง

สัปดาห์ที่ 1

วันที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ (Sexual function) และการประเมินอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual Self-Concept) ระยะเวลา 10-15 นาที

- ประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ โดยใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศและ ประเมินมุมมองในด้านเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ความพึงพอใจทางเพศ (Sexual satisfaction) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ (Perceived sexual self- efficacy) ความวิตกกังวลทางเพศ (Sexual anxiety) ภาวะซึมเศร้าทางเพศ (Sexual depression) โดยใช้แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศพร้อมทั้งแปลผล เพื่อใช้ในการประเมินปัญหาและส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศขึ้นอยู่กับคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ ระยะการตื่นตัวทางเพศ ระยะกำหนด ระยะจุดสุดยอด และระยะฟื้นกลับ ระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมและอารมณ์

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual Self-Concept) ระยะเวลา 30-45 นาที

- ให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษารายบุคคลตามแผนการสอน ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางเพศภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ระยะเวลาที่เหมาะสม การประเมินความพร้อมของร่างกายสำหรับกลับมาเริ่มมีเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัวและข้อควรหลีกเลี่ยงก่อนมีเพศสัมพันธ์ อาการผิดปกติระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ยาที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ วิธีออกกำลังกายเพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหาพร้อมทั้งให้คำแนะนำ แนวทางการแก้ปัญหา แจกคู่มือการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้กลุ่มทดลองทบทวนต่อที่บ้าน พร้อมแจ้งรายละเอียดการใช้โมบายล์แอปพลิเคชันสำหรับเป็นช่องทางการสื่อสารพูดคุย สอบถาม ขอคำแนะนำหรือคำปรึกษา และติดตามผล

กิจกรรมที่ 3 วันที่ 2-7 กิจกรรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน

ให้ความรู้สัปดาห์ละ 1 เรื่อง ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน โดยดำเนินกิจกรรมในทุกวันจันทร์ของแต่ละสัปดาห์ ระยะเวลา 15-30 นาที โดยใช้เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเนื้อหาเช่นเดียวกับคู่มือส่งให้ผู้ป่วยทางไลน์แอปพลิเคชัน และดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. สอบถามอาการทั่วไปของอาการทางหัวใจ เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการหอบเหนื่อย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดที่พบบ่อย เช่น การปวด ก้อนเลือดขัง เป็นต้น

2. ขออนุญาตผู้ป่วยพูดคุยในประเด็นเรื่องเพศสัมพันธ์ เพื่อสอบถามการกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์หลังจากเกิดภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. นำประเด็นปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละรายที่ได้จากการประเมินแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ และดำเนินการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศในแต่ละรายตามแนวทาง ดังนี้

3.1 กิจกรรมการส่งเสริมความพึงพอใจทางเพศ

3.1.1 แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจทางเพศ ในระยะที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ หรือหลังมีเพศสัมพันธ์ การแสดงพฤติกรรม เช่น การกอด การจูบ การสัมผัส และการพูดคุยถึงความต้องการทางเพศกับคู่ครอง

3.1.2 ผู้วิจัยประเมินความพึงพอใจทางเพศต่อตนเองและคู่ครอง เมื่อกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ภายหลังเกิดภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3.2 กิจกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ

3.2.1 เน้นย้ำการประเมินความพร้อมของร่างกาย โดยการทดสอบสมรรถภาพร่างกายจากความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อเปรียบเทียบระดับพลังงานที่ใช้ในการมีกิจกรรมทางเพศ ได้แก่ การเดินระยะทาง 1.60 กิโลเมตร (2-3 ช่วงตึก) ภายในระยะเวลา 10-15 นาที หรือขึ้นลงบันได 2 ชั้น (20 ขั้นใน 10 วินาที) (Levine et al., 2012) พร้อมให้ข้อมูลว่าหากผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ ก็สามารถที่จะกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

3.2.2 แนะนำการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย เช่น การเดินออกกำลังกาย (สมพร งามวิสัย, 2533) การบริหารกล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกราน (pelvic floor muscles) โดยอยู่ในท่านอนหงายราบ หายใจเข้าเต็มปอด แล้วค่อยๆ หายใจออกพร้อมกับยกกันขึ้นค้างไว้นาน 10 วินาที ทำ 10-20 ครั้งใน 1 เซต อย่างน้อย 3-5 เซต ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ (Tirgari et al., 2019) การปั่นจักรยาน (Palm et al., 2019)

3.3 กิจกรรมลดความวิตกกังวลทางเพศ และกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าทางเพศ

3.3.1 สอบถามความวิตกกังวลทางเพศ และให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนมีเพศสัมพันธ์ เช่น ระยะเวลาที่เหมาะสม อาการผิดปกติและสัญญาณอันตราย การขอความช่วยเหลือหรือแก้ไขอาการผิดปกติเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการ

3.3.2 โทรศัพท์ติดตามอาการผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยติดตามอาการทุกวันจันทร์ของแต่ละสัปดาห์ เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคทางร่างกายและจิตใจ สุขภาพทางเพศ เช่น ปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศภายหลังกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ และเปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึก ขอคำปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำหรือแนวทางแก้ไขปัญหาในประเด็นที่ผู้ป่วยต้องการ

3.3.3 เน้นย้ำผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารผ่านไลน์แอปพลิเคชันได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ป่วยต้องการคำแนะนำ หรือคำปรึกษา

สรุปการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 จากการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มตัวอย่างยินดีและให้ความร่วมมือ เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่กล้าสอบถาม หรือพูดคุยในประเด็นเรื่องเพศสัมพันธ์ หากผู้วิจัยไม่ได้กล่าวถึงพร้อมทั้งให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามส่วนบุคคล การประเมินการทำหน้าที่ทางเพศโดยใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ และการประเมินอึดมโนทัศน์ทางเพศ กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจ และตั้งใจฟังการบรรยายให้ความรู้ และแนวทางการส่งเสริมอึดมโนทัศน์ทางเพศ พูดคุยและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมการปฏิบัติตัวเรื่องเพศสัมพันธ์ภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูล และตอบคำถามในประเด็นที่ผู้ป่วยต้องการจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และสามารถอธิบายย้อนกลับผู้วิจัยได้ กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการประเมินสมรรถภาพทางเพศเพื่อเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ วิธีการปฏิบัติตัว สังเกตอาการผิดปกติระหว่างและหลังมีเพศสัมพันธ์ พร้อมทั้งวิธีการแก้ปัญหาเบื้องต้นหรือขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการผิดปกติ วิธีการออกกำลังกายเพิ่มส่งเสริมสมรรถภาพเพศได้ถูกต้อง

ผู้วิจัยเพิ่มเพื่อนในโมไบล์แอปพลิเคชัน ผ่านไลน์แอปพลิเคชันในรูปแบบรายบุคคลในบัญชีทางการ ชื่อ โปรแกรมการส่งเสริมอึดมโนทัศน์ทางเพศ แนะนำวิธีการใช้งานสำหรับการพูดคุย สอบถามปัญหาและอุปสรรค รวมถึงการให้ความรู้ การติดตามโทรศัพท์

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมอึดมโนทัศน์ทางเพศ กิจกรรมเช่นเดียวกับกิจกรรมที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 1 ผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน ผู้วิจัยให้ความรู้ผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน โดยมีเป้าหมายให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถภาพแห่งตนทางเพศ ลดความวิตกกังวลทางเพศ ป้องกันภาวะซึมเศร้าทางเพศ และสร้างความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ภายหลัง โดยใช้คู่มือฉบับสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ การประเมินความพร้อมของร่างกายสำหรับกลับมาเริ่มมีเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัวและข้อควรหลีกเลี่ยงก่อนมีเพศสัมพันธ์ อาการผิดปกติระหว่างมีเพศสัมพันธ์ การออกกำลังกายส่งเสริมกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน การประเมินความวิตกกังวลทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และคำถาม-คำตอบ เรื่องเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมอึดมโนทัศน์ทางเพศ กิจกรรมเช่นเดียวกับกิจกรรมที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 1 ผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน หลังจากผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมอึดมโนทัศน์เสร็จสิ้นในสัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยประเมินแบบสอบถามอึดมโนทัศน์ทางเพศ เพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมส่งเสริมอึดมโนทัศน์ทางเพศส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 ของคะแนนรวม ผู้วิจัยตรวจสอบองค์ประกอบที่ทำให้ระดับความคิดเห็นระดับน้อยว่าเป็นองค์ประกอบของอึดมโนทัศน์ทางเพศด้านใด พร้อมทั้งพูดคุยถึงปัญหา และอุปสรรคในประเด็น

ดังกล่าวเพื่อหา แนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันแล้ววัดผลซ้ำใหม่อีกครั้งภายหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศ สิ้นสุดการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมอत्मโนทัศน์ทางเพศที่ระยะเวลา 3 สัปดาห์

สรุปการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 จากการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจเกี่ยวกับความรู้ในสื่อคู่มือฉบับอิเล็กทรอนิกส์ เนื่องจากง่ายและสะดวกในการเปิดอ่าน กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินอาการ สมรรถภาพทางเพศได้ และกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อย เป็นต้น ผู้วิจัยได้ส่งเสริมสมรรถภาพทางเพศเพิ่มเติมด้วยการออกกำลังกาย เพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออวัยวะสืบพันธุ์ให้กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจทางเพศ คงการทำหน้าที่ทางเพศต่อไป และการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ผลการประเมินอत्मโนทัศน์ทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80 ทุกคน โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ รับรู้สมรรถภาพแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศลดลง และไม่มีภาวะซึมเศร้าทางเพศ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลของดำเนินกิจกรรมส่งเสริมอत्मโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันสามารถส่งผลต่อการรับรู้มุมมองด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมส่งเสริมอत्मโนทัศน์ทางเพศ โดยทบทวนความรู้ กิจกรรมเช่นเดียวกับกิจกรรมที่ 3 ใน สัปดาห์ที่ 1 ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน สอบถามปัญหาและอุปสรรคทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ และประเมินการทำหน้าที่ทางเพศโดยใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ เปรียบเทียบผลการประเมิน การทำหน้าที่ทางเพศให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการปฏิบัติตัวในด้านอื่นๆ เช่น การรับประทานอาหาร การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัด พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดโครงการวิจัย

สรุปการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 จากการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการผิดปกติทั้งในระหว่างมีเพศสัมพันธ์และหลังมีเพศสัมพันธ์ สามารถประเมินความพร้อมของสมรรถภาพทางร่างกายและสมรรถภาพทางเพศก่อนมีกิจกรรมทางเพศได้เหมาะสม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามเพิ่มเติม โดยกลุ่มตัวอย่างกล่าวความรู้สึกว่าเป็นโครงการวิจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจกลับไปมีกิจกรรมทางเพศได้อย่างปลอดภัย ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไม่มีความวิตกกังวลทางเพศ สามารถการทำหน้าที่ทางเพศได้เหมาะสม และมีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาของการประเมินผลใช้เวลา 10-15 นาที

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตรัง เลขที่ 023/2566 ลงวันที่รับรอง 18 พฤษภาคม 2566 และได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติให้สามารถเข้าเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาและอ่านรายละเอียดของหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และตัดสินใจอย่างอิสระ ชี้แจงสิทธิให้ทราบในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ศึกษา และหากต้องการออกจากการวิจัยก่อนที่จะดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น สามารถแจ้งขอยกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมวิจัย ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ในขณะที่ดำเนินการวิจัยหากผู้วิจัยสังเกตเห็นความผิดปกติหรืออันตรายที่เกิดขึ้นกับกลุ่มอย่างไม่ว่าจากสาเหตุใด ผู้วิจัยจะยุติการดำเนินการวิจัยทันที และประสานงานกับพยาบาลประจำคลินิกหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อดำเนินการช่วยเหลือในทันที และรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาที่เหมาะสม

จากการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติใดๆ ระหว่างทำการศึกษาวินิจฉัยและกลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมครบตามโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม การรักษาที่ได้รับกลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน อาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistics)

2.1 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลการทำหน้าที่ทางเพศ ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test

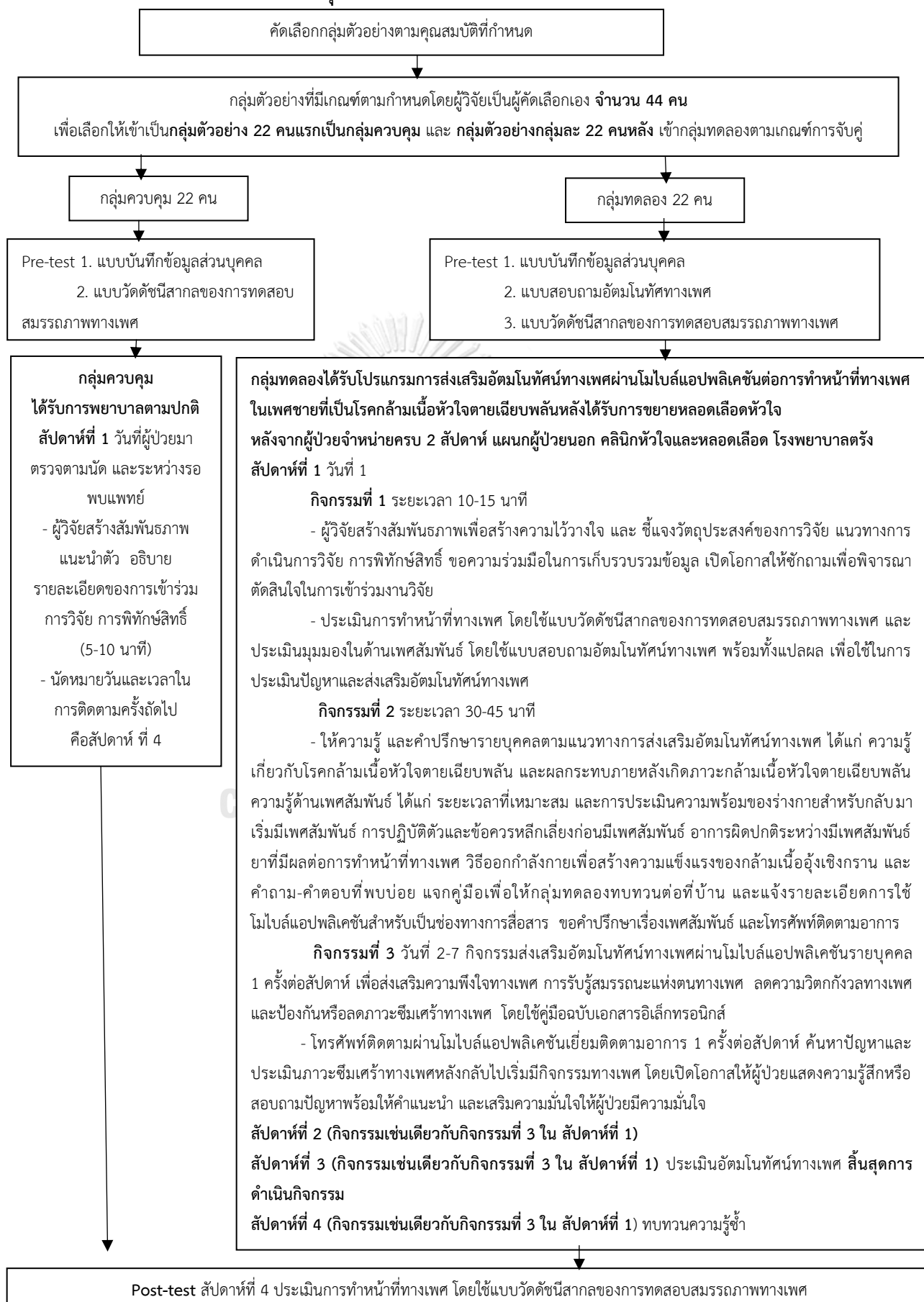
2.2 สถิติเปรียบเทียบ Dependent t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.2 สถิติเปรียบเทียบ Independent t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการทำ
หน้าที่ทางเพศระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.4 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศระหว่างกลุ่ม
ควบคุม และกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง



สรุปขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันของกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบ Dependent t-test

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศ ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติด้วยสถิติทดสอบค่าที แบบ Independent t-test

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามคุณลักษณะของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
		(n=22)		(n=22)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)					
30-39		2	9.09	2	9.09
40-49		11	50.00	11	50.00
50-59		9	40.91	9	40.91
อายุเฉลี่ย (ปี)		$\bar{X} = 48.95$		$\bar{X}= 47.59$	
		SD = 5.57		SD = 5.51	
ดัชนีมวลกาย					
ปกติ	18.5-22.99	10	45.45	8	36.36
น้ำหนักเกิน	23.0-24.9	4	18.19	2	9.10
อ้วนระดับ 1	25.0-29.99	8	36.36	8	36.36
อ้วนระดับ 2	≥30	0	0	4	18.18
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย		$\bar{X} = 23.43$		$\bar{X} = 25.80$	
		SD = 2.77		SD = 4.50	
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา		9	40.91	12	54.54
มัธยมศึกษา		7	31.82	7	31.82
อนุปริญญา		1	4.55	0	0
ปริญญาตรี		5	22.72	3	13.64
อาชีพ					
เกษตรกร		9	40.91	12	54.54
รับจ้าง		4	18.18	4	18.18
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ		4	18.18	3	13.64

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	3	13.64	3	13.64
พนักงานบริษัท	2	9.09	0	0
ระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจ				
ระหว่าง 2 สัปดาห์ – 1 เดือน	12	54.55	13	59.09
ระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน	1	4.55	1	4.55
ระหว่าง 3 เดือน - 6 เดือน	7	31.81	7	31.81
ระหว่าง 6 เดือน - 1 ปี	2	9.09	1	4.55
การรักษา ร่วมกับการทำ PCI				
การรับประทานยา	22	100	22	100
อาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ (ก่อนเป็นโรคหัวใจ)				
ไม่เคย	17	77.27	22	100
เคย	5	22.73	0	0
การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการทำ PCI				
1 - 2 สัปดาห์ (≤ 2 สัปดาห์)	4	18.18	0	0
2 - 4 สัปดาห์	10	45.45	4	18.18
1 เดือน - 3 เดือน	3	13.64	3	13.64
3 - 6 เดือน	5	22.73	6	27.27
ไม่มีเพศสัมพันธ์	0	0	9	40.91
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมี เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายหลังการทำ PCI				
ไม่เคย	20	90.90	18	81.80
เคย	2	9.10	4	18.20

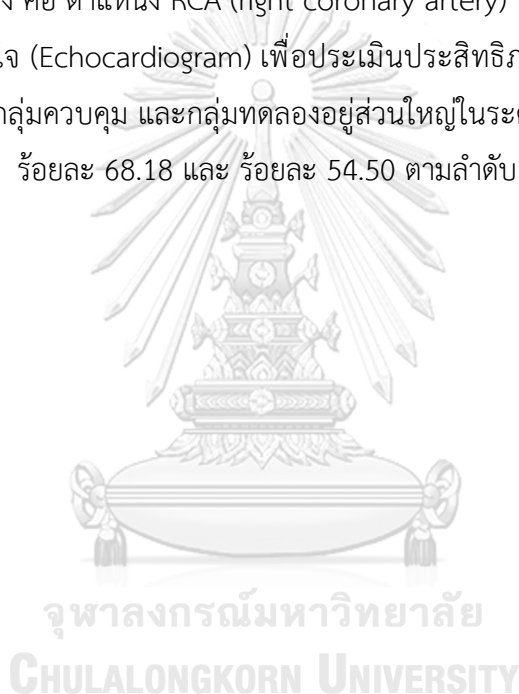
คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
*เคยได้รับคำแนะนำจาก	(2 คำตอบ)		(4 คำตอบ)	
พยาบาล	2	100	4	100
ต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์				
ต้องการ	22	100	22	100
*ความต้องการได้รับคำปรึกษาด้าน	(52 คำตอบ)		(60 คำตอบ)	
เพศสัมพันธ์				
สัญญาณอันตรายระหว่างมีเพศสัมพันธ์	16	30.76	21	58.33
แนวทางแก้ไขปัญหาหากเกิดการ	16	30.76	17	28.30
ผิดปกติ				
การเตรียมตัวก่อนการมีเพศสัมพันธ์	12	23.10	15	25.00
ยาที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์	8	15.38	7	11.67
*โรคร่วม	(22 คำตอบ)		(23 คำตอบ)	
ไม่มีโรคประจำตัว	10	45.46	10	43.49
ไขมันในเลือดสูง	6	27.27	4	17.39
ความดันโลหิตสูง	4	18.18	3	13.04
เบาหวาน	2	9.09	6	26.08
*กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน	(59 คำตอบ)		(63 คำตอบ)	
Antiplatelet	22	37.29	22	34.92
Lipid lowering agents/Statin	22	37.29	22	34.92
Beta-blocker	8	13.55	8	12.60
ACEI	5	8.47	8	3.14
Antidiabetic	2	1.71	2	12.83
Vasodilator	1	1.69	1	1.59

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่ง การขยายหลอดเลือดหัวใจ				
RCA	11	50.00	9	40.91
LAD	8	36.36	10	45.45
LCA	3	13.64	3	13.64
Echo cardiogram				
LVEF $\geq 50\%$	12	61.36	16	68.18
LVEF 40-49%	9	34.09	6	27.27
LVEF < 40%	1	4.55	1	4.55

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ไม่มีความแตกต่างในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ เดียวกัน คือ 40-49 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมเท่ากับ $\bar{X} = 47.59$ ปี (SD = 5.51) และกลุ่ม ทดลอง $\bar{X} = 48.95$ (SD=5.57) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยมีภาวะน้ำหนักเกินทั้งในกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง เท่ากับ $\bar{X} = 25.80$ กิโลกรัม/ตารางเมตร (SD = 4.50) และ $\bar{X} = 23.43$ กิโลกรัม/ตาราง เมตร (SD = 2.77) ตามลำดับ ระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุม และทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 40.91 และร้อยละ 54.54 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.55 และ 40.91 ระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจในพบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองอยู่ในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน ร้อยละ 59.09 และ 54.55 ตามลำดับ โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับ การรับประทานยาร้อยละ 100 พบว่ากลุ่มทดลองเคยมีประวัติเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็น โรคหัวใจร้อยละ 22.73 ระยะเวลาเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือด หัวใจกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระยะเวลา 3 - 6 เดือน ร้อยละ 27.27 และกลุ่มทดลอง อยู่ในช่วงระยะเวลา 2 -4 สัปดาห์ ร้อยละ 45.45 พบว่าทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ได้รับ คำแนะนำในเรื่องเพศสัมพันธ์ร้อยละ 81.81 และ 90.90 ซึ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองต้องการได้รับ

คำแนะนำด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 100 โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ต้องการทราบข้อมูลในด้านเพศสัมพันธ์ อันดับแรก คือ สัญญาณอันตรายระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 58.33 ในขณะที่กลุ่มทดลองต้องการทราบข้อมูลเรื่อง สัญญาณอันตราย และแนวทางแก้ไข ปัญหาหากเกิดการผิดปกติ ร้อยละ 30.76 กลุ่มควบคุมมีโรคร่วมมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.08 และในกลุ่มทดลอง คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 27.27 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับทั้งยากกลุ่ม Antiplatelet ร้อยละ 34.29 และ 37.29 ตามลำดับ และ Lipid lowering agents ร้อยละ 34.92 และ 37.92 ตามลำดับ ตำแหน่งหลอดเลือดที่ได้รับ การขยายที่สุดของกลุ่มควบคุม คือ ตำแหน่ง LAD (left anterior descending artery) ร้อยละ 45.45 และกลุ่มทดลอง คือ ตำแหน่ง RCA (right coronary artery) ร้อยละ 50.00 และผลการตรวจ คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อ หัวใจห้องล่างซ้ายทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองอยู่ส่วนใหญ่ในระดับดี (left ventricle ejection fraction: LVEF ≥ 50) ร้อยละ 68.18 และ ร้อยละ 54.50 ตามลำดับ



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n1=n2=22)

การทำหน้าที่ทางเพศ	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	60.96	4.18	21	-4.95	<.001
หลังการทดลอง	41.64	18.55			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	64.05	4.69	21	6.05	<.001
หลังการทดลอง	67.09	4.03			

*p<0.05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนใช้สถิติ T-test มีการทดสอบ assumption ของสถิติ t-test ดังแสดงในตารางที่ 9 (ภาคผนวก ข) พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired T-test พบว่าในกลุ่มควบคุมมีระดับคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศ ก่อนการทดลองเท่ากับ 60.96 คะแนน (SD= 4.18) และหลังการทดลอง เท่ากับ 41.64 คะแนน (SD= 18.55) คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศก่อนการทดลองเท่ากับ 64.05 (SD = 4.69) และหลังการทดลอง เท่ากับ 67.09 (SD = 4.03) มีการทำหน้าที่ทางเพศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัมโนไทค์นทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยเพศชายที่มีภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

การทำหน้าที่ทางเพศ	$\bar{x}$	SD	$\bar{d}$	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	64.05	4.69		42	2.30	.013
กลุ่มควบคุม	60.96	4.18				
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	41.63	4.03	3.04	42	6.29	<.001
กลุ่มควบคุม	67.09	18.55	-19.50			

* $p<0.05$

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนใช้สถิติ T-test มีการทดสอบ assumption ของสถิติ t-test ดังตารางที่ 12 (ภาคผนวก ข) พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0,5 คือ ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศดีกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศเฉลี่ย เท่ากับ 67.09 (SD = 4.03) และกลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศ เท่ากับ 41.64 (SD= 18.55) และพบว่าการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.04 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ -19.50 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน
2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันมีการทำหน้าที่ทางเพศดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 1.2 แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือกำกับการทดลอง

เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ ของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศตามแนวคิด ของ Steinke et al. (2008) ที่ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในการมีเพศสัมพันธ์ในมิติต่าง ๆ (The Multidimension Sexual Self-Concept Questionnaire; MSSCQ) ของ Snell (1988) จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-7 และข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8-17 ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.82

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

- 3.1 โปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน
- 3.2 แผนการสอนเรื่องการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- 3.3 คู่มือเรื่องการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- 3.4 แผนการติดตามการเยี่ยมผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน

การดำเนินการวิจัย

เก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง ขอพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง ภายหลังพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 เลขที่โครงการวิจัย 023/2566 ผู้วิจัยนำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลวิจัย

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทุกวัน เวลา 08.00-16.0 น. ณ คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง เริ่มตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 20 กันยายน 2566 โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และจับคู่ (matched pairs) ในด้าน ช่วงอายุ และประเภทของยาการรักษาโรคหัวใจ ให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อผลการศึกษาจนครบ 22 คู่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 44 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบก่อนแล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ประเมินการทำหน้าที่ทางเพศโดยใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ (pre-test) กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลปกติ ร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์

กลุ่มควบคุม เริ่มตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน 2566 – 26 กรกฎาคม 2566 มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงแนวทางการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายประโยชน์ที่จะได้รับจากงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และตระหนักถึงความสำคัญของการวิจัยครั้งนี้

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ โดยใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ

3. ผู้วิจัยอธิบายกลุ่มควบคุมว่า จะได้รับการพยาบาลปกติจากแพทย์ และพยาบาลตามมาตรฐานบริการของการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลเช่นเดิม

สัปดาห์ที่ 2-3 ผู้ป่วยดำเนินชีวิตตามปกติ

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ โดยใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ พร้อมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำ และมอบคู่มือการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินการวิจัยสิ้นสุด (ระยะเวลา 30-45 นาที)

กลุ่มทดลอง เริ่มดำเนินการในวันที่ 27 กรกฎาคม – 20 กันยายน 2566 มีขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมรายบุคคลโดยเริ่มจากสร้างสัมพันธภาพ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขออนุญาตพูดคุยในประเด็นเพศสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ และมอัติมนโทัศน์ทางเพศก่อนได้รับโปรแกรม

3. ให้ความรู้ ในรูปแบบรายบุคคลตามแผนการสอนการส่งเสริมอัติมนโทัศน์ทางเพศ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และแจกคู่มือพร้อมชี้แจงรายละเอียดการใช้โมไบล์แอปพลิเคชัน

4. กิจกรรมส่งเสริมอัติมนโทัศน์ทางเพศผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน ให้ความรู้ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน โดยคู่มือฉบับเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเนื้อหาเช่นเดียวกับคู่มือ ดังนี้

- ความพึงพอใจทางเพศ แนะนำการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเกิดความพึงพอใจระยะที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ หรือหลังมีเพศสัมพันธ์ การแสดงพฤติกรรม ได้แก่ การกอด การจูบ การสัมผัส และการพูดคุยความต้องการทางเพศกับคู่ครอง เป็นต้น

- การส่งเสริมรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ การประเมินความพร้อมของร่างกายสำหรับกลับมาเริ่มมีเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัว และข้อควรหลีกเลี่ยงก่อนมีเพศสัมพันธ์ อาการผิดปกติระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และการออกกำลังการส่งเสริมกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเพื่อเพิ่มสมรรถนะทางเพศ

- ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามอาการผ่านโมไบล์แอปพลิเคชันเยี่ยม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ค้นหาปัญหาและอุปสรรคก่อนและหลังกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ขอคำปรึกษาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ในปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการ

สัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 กิจกรรมส่งเสริมอัติมนโทัศน์ทางเพศผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 โดยในสัปดาห์ที่ 3 เพิ่มกิจกรรมการประเมินอัติมนโทัศน์ทางเพศเพื่อประเมินมุมมองในด้านเพศสัมพันธ์ หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหา หรืออุปสรรค ผู้วิจัยดำเนินการพูดคุยถึงปัญหา และอุปสรรคเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมอัติมนโทัศน์ทางเพศผ่านโมไบล์แอปพลิเคชันครบ 3 สัปดาห์ หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยทบทวนความรู้ผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน และประเมินการทำหน้าที่ทางเพศโดยใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ สรุปกิจกรรมสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง กล่าวขอบคุณ และแจ้งกลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วม การรักษาที่ได้รับกลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน อาการเจ็บหน้าอก ไขมันมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistics)

2.1 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลการทำหน้าที่ทางเพศ ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test

2.2 สถิติเปรียบเทียบ Dependent t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

2.3 สถิติเปรียบเทียบ Independent t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางเพศระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

2.4 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัมมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัมมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมอัมมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัมมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันมีการทำหน้าที่ทางเพศดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายผลได้ ดังนี้

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) ซึ่งส่งผลให้มุมมองส่วนบุคคลในด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเพศชายภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจยังคงมีการทำหน้าที่ต่อไปอย่างเหมาะสม และปลอดภัยโดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์หลักที่สำคัญ ดังนี้

การส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ เพื่อปรับมุมมองในด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ต้องประกอบด้วย ความพึงพอใจทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ เนื่องจากการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยยังคงต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกถึง 2 สัปดาห์ จากพยาธิสภาพของภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ และการได้รับบาดเจ็บของหลอดเลือดแดงที่ทำหัตถการ ซึ่งมีผลทำให้สูญเสียความยืดหยุ่นของหลอดเลือดโดยเฉพาะหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ Smith et al. (2022) พบว่าเมื่อติดตามผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยยังคงมีความต้องการทางเพศในระดับสูง เมื่อมีความต้องการทางเพศแล้วผู้ป่วยไม่สามารถที่จะกระทำได้นี้เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือสามารถกระทำได้แต่ปฏิเสธ เนื่องจากอัตมโนทัศน์ทางเพศที่เปลี่ยนไปจากเดิม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศลดลง จากความกลัวในการเคลื่อนไหว (เตือนใจ โพธิ์ประดับ และคณะ, 2565) มีกิจกรรมทางกายลดลง (สุจิตรา พิงเร็ว และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2564; Xiao et al., 2018) มีความวิตกกังวลทางเพศและภาวะซึมเศร้าทางเพศ เพราะกลัวว่าการทำกิจกรรมทางเพศจะปัจจัยกระตุ้นให้อาการกำเริบซ้ำ และ

เสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ และมีความพึงพอใจทางเพศลดลงเนื่องจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้สอดคล้องกับแนวความคิดการทำหน้าที่ทางเพศ ของ Masters & Johnson, 1966 กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และร่างกายส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศลดลง 1) ระยะตื่นตัว (excitement phase) เป็นระยะที่อวัยวะเพศจะเริ่มขยายขนาดและแข็งตัว ในระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับ การได้รับการกระตุ้น หรือการถูกยับยั้งจากทางร่างกายและจิตใจ และอาจจะหยุดได้ 2) ระยะกำหนด (plateau phase) เป็นระยะที่อวัยวะเพศแข็งตัวจนสามารถสอดใส่ และคงสภาพการแข็งตัวของอวัยวะเพศตลอดระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ ถ้าหากการกระตุ้นทางเพศหรือความต้องการทางเพศไม่เพียงพอ หรือทั้งหมดหยุดลงจะทำให้ไม่สามารถดำเนินไปยังระยะสุดยอดได้ หรือยาวนานมากขึ้น โดยมีปัจจัยมาจากการได้รับการกระตุ้นทางเพศ ร่วมกับแรงขับส่วนบุคคล 3) ระยะจุดสุดยอด (orgasmic phase) เป็นระยะที่เกิดการหลั่งน้ำอสุจิ รูปแบบการตอบสนองของร่างกายทั้งหมดเกิดขึ้นจากประสบการณ์แต่ละบุคคล 4) ระยะการกลับสู่สภาพ (resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการตอบสนองทางเพศ อวัยวะเพศจะอ่อนตัวลงและกลับสู่ในสภาพปกติ ในบางรายพบว่าสามารถที่จะกลับไปสู่ระยะกำหนดและจุดสุดยอดอีกครั้งได้หลังจากถึงจุดสุดยอดแล้ว ซึ่งขึ้นอยู่กับ การกระตุ้นทางเพศและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เนื่องจากพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นความสามารถในการแข็งตัวจะลดลง (Hodžić et al., 2019; Milhoua et al., 2006; Rambhatla & Rajfer, 2018)

การส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยนำโมบิลแอปพลิเคชันเข้ามาใช้ในกระบวนการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ เพื่อผู้ป่วยแต่ละรายมีมุมมองในเรื่องเพศสัมพันธ์ ด้านบวกภายหลังการเกิดภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีทัศนคติที่ถูกต้อง และเป็นช่องทางในติดต่อสื่อสารมีความเป็นส่วนตัวสำหรับการพูดคุย ขอคำแนะนำ และขอคำปรึกษาที่ในเรื่องเพศสัมพันธ์ และสุขภาพทางเพศภายหลังเกิดภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากวัฒนธรรมและบริบทของสังคมไทย การพูดคุยเรื่องเพศเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน ไม่ควรเปิดเผย เพื่อให้ผู้ป่วยกล้าที่จะขอคำแนะนำในเรื่องเพศสัมพันธ์มากขึ้น และทำให้ข้อมูลที่ได้รับตรงกับความต้องการมากขึ้น และมีความเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละราย Watzke et al. (2017) กล่าวว่า การนำสื่อสังคมออนไลน์มาเป็นเครื่องมือสื่อสาร สามารถใช้ได้ทุกที่ ได้รับการยอมรับ มีความน่าเชื่อถือสำหรับให้ข้อมูลด้านสุขภาพ มีประสิทธิภาพในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ สอดคล้องกับ กิตติยา มหาวิริโยทัย (2563) นำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการส่งเสริมทักษะการเฝ้าระวังตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่าให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์และทบทวนซ้ำในสัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. ความพึงพอใจทางเพศ ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ขออนุญาตพูดคุยในประเด็นเรื่องเพศสัมพันธ์ เพื่อประเมินระดับความต้องการทางเพศ และความพึงพอใจทางเพศกับคู่อุปการะ ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันโดยการแนะนำการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจทางเพศ ในระยะที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ หรือหลังมีเพศสัมพันธ์ เช่น การกอด จูบ การพูดคุยความต้องการระหว่างคู่อุปการะ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับคู่อุปการะ

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยประเมินสมรรถภาพร่างกายสำหรับการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ด้วยวิธีเปรียบเทียบระดับพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมกับการทำกิจกรรมทางเพศ เช่น การเดินระยะทาง 1.60 กิโลเมตร (2-3 ช่วงตึก) ภายในระยะเวลา 10-15 นาที หรือขึ้น-ลงบันได 2 ชั้น อย่างรวดเร็ว (20 ชั้นในระยะเวลา 10 วินาที) โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน โดยเน้นย้ำการประเมินสมรรถภาพร่างกาย แนะนำการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ อุ้งเชิงกราน เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการประเมินรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และเพิ่มความแข็งแรงของสมรรถภาพทางเพศ

3. ความวิตกกังวลทางเพศ และ ป้องกันภาวะซึมเศร้าทางเพศ ผู้วิจัยให้ความรู้แบบรายบุคคล โดยใช้คู่มือ และแผนการสอน เรื่อง อັตมโนทัศน์ทางเพศ ประกอบด้วย ผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อการทำหน้าที่ทางเพศ การปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ เช่น ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ สัญญาณอันตราย และการแก้ไขเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติ เป็นต้น ภายหลังจำหน่ายกลับบ้านผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน 1 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ความรู้โดยใช้คู่มือฉบับอิเล็กทรอนิกส์ และติดตามอาการ สอบถามปัญหา อุปสรรคทางร่างกาย ความวิตกกังวลในการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ หรือปัญหา ภายหลังการกลับไปมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก แนะนำช่องทางในการสื่อสารผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน สำหรับสอบถามข้อมูลคำแนะนำ และคำปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจสำหรับการปฏิบัติตัวในด้านเพศสัมพันธ์ ลดความวิตกกังวลทางเพศ ป้องกันภาวะซึมเศร้าทางเพศ และส่งเสริมความมั่นใจสำหรับการกลับมาเริ่มเพศสัมพันธ์ครั้งแรกได้เหมาะสม ปลอดภัย

จากการทดลองแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมอັตมโนทัศน์ทางเพศ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดอັตมโนทัศน์ทางเพศของ Steinke et al. (2008) ร่วมกับการใช้โมบายล์แอปพลิเคชันในการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศมาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านกระบวนการส่งเสริมอັตมโนทัศน์ทางเพศ 4 ด้าน ทำให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางเพศที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ Ziaei et al. (2018) พบว่ากลุ่มทดลองมีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) หลังจากให้คำปรึกษาตามแนวคิดอັตมโนทัศน์ทางเพศต่อสุขภาพทางเพศ และ Farajkhoda et al. (2022)

ศึกษาโปรแกรมการมีเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อการทำหน้าที่ ทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพศหญิงผ่านการใช้วอทแอป แอปพลิเคชัน (WhatsApp) และโทรศัพท์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาผ่านการใช้โมบิลแอปพลิเคชันดีกว่าการใช้โทรศัพท์ ($p < .002$)

นอกจากนี้ Tirgari et al. (2019) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศต่อความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชาย พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลง การทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) วินิตย์ หลงละเลิง (2546) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และ Palm et al. (2019) ให้ความรู้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอารมณ์ต่อทำหน้าที่ทางเพศ ให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลเรื่องเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมมีการทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0003$) สอดคล้องกับ Soroush et al. (2018) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมของพัฒนาความรู้ความต้องการทางเพศต่อมิติทางด้านจิตใจของการทำหน้าที่ทางเพศ และคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมมีความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นและลดความกลัวเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชันมีการทำหน้าที่ทางเพศดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชันมีการทำหน้าที่ทางเพศดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชัน ดำเนินกิจกรรม โดยใช้แนวคิดของอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Steinke et al., 2008) ในรูปแบบรายบุคคล และผ่านโมบิลแอปพลิเคชันใน ดังนี้ **ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์** แนะนำการปฏิบัติตัวใน ระยะที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้โดยการแสดงพฤติกรรมทางเพศ เช่น การสัมผัส การจูบ และการกอด เป็นต้น เพื่อแสดงออกถึงความต้องการทางเพศซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงมีความพึงพอใจทางเพศ **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ** เน้นย้ำเรื่องการประเมินความพร้อมของร่างกายสำหรับ กลับมาเริ่มมีเพศสัมพันธ์ โดยการทดสอบสมรรถภาพทางร่างกายจากกิจวัตรประจำวันเพื่อ เปรียบเทียบกับระดับพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมทางเพศ แนะนำการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความ แข็งแรงทางร่างกาย และกล้ามเนื้ออู้งเชิงกราน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในสมรรถภาพทางร่างกาย และสมรรถภาพทางเพศและเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จตามความต้องการ จนถึงจุดสุดยอด และปลอดภัย เกิดความเพลินเพลิน และมีความสุข ส่งผลให้ผู้ป่วยยังคงมี ประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ที่ดี **การลดความวิตกกังวลทางเพศ และการป้องกันการเกิดภาวะ ซึมเศร้าในเพศสัมพันธ์** โดยการให้ความรู้เรื่องโรค ผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางเพศภายหลังเกิด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ความรู้เพศสัมพันธ์ได้แก่ แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนมีเพศสัมพันธ์ อาการผิดปกติระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และวิธีการแก้ไขอาการผิดปกติเบื้องต้น เนื่องจากการ เปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจส่งผลต่อการแข็งตัวของอวัยวะเพศ และการคงสภาพการ แข็งตัวระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ การโทรศัพท์ติดตามผ่านโมบิลแอปพลิเคชัน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อติดตามอาการ ประเมินปัญหาและและอุปสรรคทางด้านร่างกาย และจิตใจ ความวิตกกังวลในการ เริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ และปัญหาสุขภาพทางเพศภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันหลังจากกลับไปเริ่มมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถพูดคุยสอบถาม ขอคำแนะนำ และคำปรึกษาทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชันได้ จึงทำให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และ ตรงความต้องการของผู้ป่วย สะดวก รวดเร็ว และมีความเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วยและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริม อัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชัน พบว่าผู้ป่วยยังคงสามารถทำหน้าที่ทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามอาการ และประเมินสัญญาณชีพ และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลจะให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด รวมถึง การกล่าวถึงประเด็นเพศสัมพันธ์ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการขยายหลอดเลือด

คือ งดการมีเพศสัมพันธ์ 1 เดือนหลังจากจำหน่ายเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการระบุแนวทางการปฏิบัติตัวที่ชัดเจนในด้านเพศสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย ในขณะที่ผู้ป่วยยังคงมีความต้องการทางเพศ มีความพร้อมของสมรรถภาพทางร่างกาย และสมรรถภาพทางเพศปกติ ไม่ได้รับการโทรศัพท์ติดตามผ่านโมบิลแอปพลิเคชันรายบุคคล ไม่ได้รับการประเมินปัญหา และอุปสรรคพร้อมทั้งแก้ไขปัญหามีความเฉพาะเจาะจง รวมถึงไม่มีช่องทาง การติดต่อสื่อสารที่มีความเป็นส่วนตัวผ่านทางโมบิลแอปพลิเคชันสำหรับขอคำแนะนำ และคำปรึกษา เรื่องเพศสัมพันธ์ ดังนั้นภายหลังการทดลองกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติจึงมีการทำหน้าที่ทางเพศลดลงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศ มาเปรียบเทียบกับภายหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม พบว่าการทำหน้าที่ทางเพศของกลุ่มทดลองดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Xu et al. (2015) ให้คำปรึกษาด้วยการแนะนำผู้ป่วยเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศ ได้แก่ ระยะเวลาที่สามารถเริ่มกลับไปมีกิจกรรมทางเพศ สัญญาณเตือน ผลกระทบของยาต่อการทำหน้าที่ทางเพศ สมรรถภาพของหัวใจที่พร้อมสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ ทุกๆ 1 เดือนเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่า ระยะเวลาในการเริ่มกลับไปมีกิจกรรมทางเพศสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษา ($p<.01$) ความถี่ และความพึงพอใจในกิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น ($p<.01$)

ทั้งนี้สอดคล้องกับการ สมพร งามวิลัย (2553) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจ วิถีทัศน์ เรื่องเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหัวใจ การส่งเสริมการออกกำลังกาย และร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามอาการ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

นอกจากนี้ Tirgari et al. (2019) ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศต่อความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชาย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การให้ความรู้แบบรายบุคคล และวิถีทัศน์ที่เกี่ยวข้อง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ได้แก่ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคหัวใจ การใช้ยาเสริมสมรรถนะทางเพศและผลข้างเคียง และการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ส่งข้อความและโทรศัพท์ติดตามอาการระหว่างระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลง การทำหน้าที่ทางเพศดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.0001$) และ Farajkhoda et al. (2022) ศึกษาผลประสิทธิภาพระหว่างการใช้สื่อออนไลน์ และโทรศัพท์ของโปรแกรมการให้คำปรึกษา

ของการมีเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศหญิงที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยดำเนินกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าทั้งสองวิธีส่งผลให้การทำหน้าที่เพศเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่การใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้วยวิธีโมไบล์แอปพลิเคชันดีกว่าการใช้โทรศัพท์ ($p < .002$)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอत्मโนทัศน์ทางเพศผ่านโมไบล์แอปพลิเคชันที่ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับมุมมองในด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดที่ถูกต้อง และกิจกรรมที่กระตุ้นการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้โมไบล์แอปพลิเคชันสำหรับให้ความรู้ คำแนะนำในรูปแบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การติดตามอาการ การประเมินปัญหาและอุปสรรค และเป็นการเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยสำหรับการขอคำแนะนำ คำปรึกษาในเรื่องเพศสัมพันธ์ รายบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสม มีความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ สามารถรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศจากประเมินความพร้อมของร่างกาย ไม่มีความวิตกกังวลทางเพศและภาวะซึมเศร้าทางเพศ ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถคงการทำหน้าที่ทางเพศได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย

ข้อจำกัดในงานวิจัยครั้งนี้

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ถึง 6 เดือน ทำให้ผู้ป่วยบางรายยังไม่ได้รับยาป้องกันทุติยภูมิรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่ม Beta blockers เนื่องจากอายุรแพทย์โรคหัวใจพิจารณาการสั่งใช้ยาในแต่ละรายตามความเหมาะสม และข้อบ่งชี้ในการใช้ยา ซึ่งประเภทของยาในกลุ่มดังกล่าวเป็นตัวแปร Matched pair เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกัน คือ ได้รับรับยา - ไม่ได้รับยา

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำใช้โปรแกรมส่งเสริมอत्मโนทัศน์ทางเพศผ่านโมไบล์แอปพลิเคชัน พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. ฝึกอบรมโปรแกรมการส่งเสริมอत्मโนทัศน์ทางเพศ ให้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เรื่อง การให้คำแนะนำด้านเพศสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการทำหน้าที่ทางเพศได้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามผลการทำหน้าที่ทางเพศในระยะยาว ที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 8 และ 12 สัปดาห์ เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชันไปดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่มีปัญหาความสามารถในการแข็งตัวของอวัยวะเพศในระดับเล็กน้อย-ปานกลาง เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศ

3. ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชันไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจเพศหญิง



บรรณานุกรม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2557). แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ปรับปรุงครั้งที่ 3).

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2563). สถิติสุขภาพคนไทย. Retrieved from <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/topic/index.php?t=02&m=01>

กฤษณ์ สิมะสวัสดิ์. (2564). กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเรื้อรังและเฉียบพลันและการรักษา 2021 ใน อรินทยา พรหมินธิกุล, วรธิดา อยู่ดี, มนต์วีร์ นิมวรพันธ์, ภูษัญญ์ อรุณมานะกุล และ สุระรอง ชินวงศ์ (บ.ก.), เกสัชกรรมสู่ความเป็นเลิศในระบบหัวใจและหลอดเลือด. (น. 49-74). ศูนย์ฝึกอบรมการบริหารทางเภสัชกรรม ภาควิชาบริหารเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กัมปนาท วีรกุล, อัญชลี สินธุวรรณ, ธัญธร กอแก้ว, อติพร แข็งแรง, ภาวนา วัฒนาสวัสดิ์, และ อมรรัตน์ แสงหวาน. (2557). Percutaneous Coronary Intervention ในผู้ป่วย ACS ใน กัมปนาท วีรกุล และ จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์ (บ.ก.), 7R ลดอัตราการตายในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน. (น. 241-268). ห้างหุ้นส่วนจำกัด ศรีนคร พรินต์.

กิตติกร นิลมานันต์ และ จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2558). กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด: มิติที่ท้าทาย สำหรับพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

กิตติยา มหาวิโรทัย. (2563). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการเฝ้าระวังตนเอง ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. Nursing Science Journal of Thailand, 39(1), 47-63.

ขวัญฤดี ฮวดหุ่น. (2560). อิทธิพลของแอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารยุคปัจจุบัน. วารสารศิลปการ จัดการ, 1(2), 75-88.

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (2542). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข.

ฉันทนา เจริญสิน และ รัชณี ศรีชาย, (2563) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการประเมิน ผู้ป่วยเพื่อถอดท่อนำสายสวนคาหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบในผู้ป่วยภายหลังทำการหัตถการ ขยายหลอดเลือดหัวใจ. Thammasat University Hospital Journal Online, 5, 1-13.

- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2554). เพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิชาการ, 15(29), 97-112.
- ชัยญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 22(2), 30-43.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2559). โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ: บทบาทพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 27(2), 133-139.
- เตือนใจ โพธิ์ประดับ, จงจิต เสน่หา, ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์ และ ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 41(2), 34-45.
- ทิพย์สุตา พรหมดนตรี และ จินตนา คำเกลี้ยง. (2564). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 41(3), 99-108.
- นพดล ขำนาญผล. (2563). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI. สงขลา : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และ วินิตย์ หลงละเลิง. (2556). ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง : การส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 25(2), 95-108.
- นารีลักษณ์ ถิ่นพ่ายพ, อุษาวดี อัครวิเศษ, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และ พัชร อ่องจรีต. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. *Journal of Nursing Science*, 33, 14-23.
- นิพนธ์ วาตาตา และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2562). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการตรวจสอบหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 25, 6-24.
- นุชลี หล้ามะโฮง. (2563). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงอาการ/อาการแสดงที่ใช้ทำนายโรคหัวใจขาดเลือด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 5(4), 44-48.

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-THAI 2002 โดยคณะกรรมการจัดทำ
แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ภาษาไทย พ.ศ.2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปชาณภรณ์ นันไทยทวีกุล, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ, ปัทมา พิระพันธ์, จารุณี ลาบามา, และ เพ็ญโพยม
สาคร. (2564). ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ, วารสารพยาบาลทหารบก,
22(2), 169-177.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2564). วิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 5).
บริษัทดิกรี วิชั่น จำกัด.

รัตนา นิลเลื่อม, อัญชลี แก้วสระศรี และ พิชฌาย์วีร์ สิ้นสวัสดิ์. (2560). บทบาทพยาบาลในการเตรียม
ความพร้อมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและ
ทรวงอก, 28(2), 28-36.

พรรษา บุญเรือง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของ
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วารสารแพทยนาวิ, 47,
140-157.

วรรณวรงค์ วงเจริญ, อรินทยา พรหมนิธิกุล และ พรณิภา สุวรรณสม. (2564). 52 Case
Cardiologis Consultation. ทรिक ชิงค์ เชียงใหม่.

วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2566). อัฒมโนทัศน์ทางเพศ : ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย.
วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 25, 1-13.

วินิตย์ หลงละเลิง. (2561). เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. *Thammasat University Hospital
Journal Online*, 3(2), 81-89.

สมพร งามวิลัย. (2553). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม
ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง มหาวิทยาลัย
คริสเตียน.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในราชูปถัมภ์. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์

- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในราชูปถัมภ์. (2564). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง พ.ศ. 2564. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์
- สุจิตรา พิงเร็ว และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2564). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่กลับมารักษซ้ำ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 32, 14-28.
- ศุภศิลา กุลจิตต์เจือวงศ์. (2556). โลโก้รูปแบบการสื่อสารบนความสร้างสรรค์ของสมาร์ทโฟน: ข้อดีและข้อจำกัดของแอปพลิเคชัน. วารสารนักบริหาร, 33(4). 42-54
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2563). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแลพิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชาติ กงกะนันท์. (2546). ตำราโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ. สมุทรปราการ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2558). เครื่องมือวัดการทำหน้าที่ทางเพศ. *Journal of Nursing Science*, 33(1), 8-13.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2564). การพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- Albrektsen, G., Heuch, I., Løchen, M.-L., Thelle, D. S., Wilsgaard, T., Njølstad, I., & Bonaa, K. H. (2016). Lifelong gender gap in risk of incident myocardial infarction: the Tromso study. *JAMA internal medicine*, 176(11), 1673-1679.
- Alwaal, A., Breyer, B. N., & Lue, T. F. (2015). Normal male sexual function: emphasis on orgasm and ejaculation. *Fertil Steril*, 104(5), 1051-1060.
- Anderson, J. L., & Morrow, D. A. (2017). Acute Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine*, 376(21), 2053-2064.
- Arenhall, E., Eriksson, M., Nilsson, U., Steinke, E. E., & Fridlund, B. (2018). Decreased sexual function in partners after patients' first-time myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 17(6), 521-526.

- Arenhall, E., Kristofferzon, M. L., Fridlund, B., Malm, D., & Nilsson, U. (2011). The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10(2), 108-114.
- Arenhall, E., Kristofferzon, M. L., Fridlund, B., & Nilsson, U. (2011). The female partners' experiences of intimate relationship after a first myocardial infarction. *J Clin Nurs*, 20(11-12), 1677-1684.
- Brännström, M., Kristofferzon, M.-L., Ivarsson, B., Nilsson, U. G., Svedberg, P., & Thylén, I. (2014). Sexual knowledge in patients with a myocardial infarction and their partners. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(4), 332-339.
- Byrne, M., Doherty, S., Fridlund, B. G., Mårtensson, J., Steinke, E. E., Jaarsma, T., & Devane, D. (2016). Sexual counselling for sexual problems in patients with cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(2), Cd010988.
- Campeau, L. (2002). The Canadian cardiovascular society grading of angina pectoris revisited 30 years later. *Can J Cardiol*, 18(4), 371-379.
- Cipher, D. (2017). Introduction to statistical analysis. In Gray, R. J., Grove, K. S., & Sutherland, S. (Eds). *Burn and Grove's the practical of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (pp. 817-820). Elsevir
- Collet, J. P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., Bhatt, D. L., ... Siontis, G. C. M. (2021). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*, 42(14), 1289-1367.
- Daniel, M., Agewall, S., Berglund, F., Caidahl, K., Collste, O., Ekenbäck, C., ... Tornvall, P. (2018). Prevalence of anxiety and depression symptoms in patients with myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. *Am J Med*, 131(9), 1118-1124.
- DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Sage.

- Draz, E. I., Oreby, M. M., Elsheikh, E. A., Khedr, L. A., & Atlam, S. A. (2017). Marijuana use in acute coronary syndromes. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 43(5), 576-582.
- Drory, Y, Florian, V., & Weingarten, M. (1998). Sexual activity after first acute myocardial infarction in middle-age men: dermatographic, psychological and medical predictor. *Cardiology*, 90(3), 207-211.
- Dubey, G., Verma, S. K., & Bahl, V. K. (2017). Primary percutaneous coronary intervention for acute ST elevation myocardial infarction: Outcomes and determinants of outcomes: A tertiary care center study from North India. *Indian Heart Journal*, 69(3), 294-298.
- Farajkhoda, T., Memar, F. Z., Khanabadi, M., & Sarebanhassanabadi, M. (2022). Effectiveness of online versus telephone counseling of rational-emotional-behavioral therapy on sexual function of women undergoing cardiac rehabilitation: A randomized clinical trial. *Galen Med J*, 11(1), 1-10.
- Fielder, R. (2013). Sexual Functioning. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1774-1777). Springer New York.
- Goławski, C., Dłużniewski, M., Kostarska-Srokosz, E., Nowosielski, K., Syska-Suminska, J., Chmielewski, M., & Kowalczyk, R. (2017). Percutaneous transluminal coronary angioplasty for acute myocardial infarction: the impact on sexual function in men. *Int J Impot Res*, 29(4), 142-147.
- Harden, J. T., Levin, R. F., Jacobs, S. K., Parisi, L. L., Smith, C. M., Cotter, V. T., ... Boltz, M. (2016). *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (5 ed.). Springer Publishing Company.
- Harini, M., Tedjasukmana, D., Tambunan, T. F. U., Yamin, M., & Shatri, H. (2016). Assosiation between sexual function and anxiety in post acute myocardial Infarction patient. *Indonesian Journal of Cardiology*, 81-89.
- Heinemann, L. A., Potthoff, P., Heinemann, K., Pauls, A., Ahlers, C. J., and Saad, F. (2005). Scale for quality of sexual function (QSF) as an outcome measure for both genders? *J Sex Med*, 2(1), 82-95.

- Hodžić, E., Durek, A., Begić, E., & Šabanović Bajramović, N. (2019). Effect of myocardial infarction on the occurrence of erectile dysfunction. *Medicinski glasnik : official publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton, Bosnia and Herzegovina*, 16(1), 35–39.
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., ... Group, E. S. D. (2017). 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 39(2), 119-177.
- Ilic, I., & Ilic, M. (2021). Risk factors for myocardial infarction in women and men: A case-control study. *Biology and Life Sciences Forum*, 9(1), 1-5.
- IsHak, W. W. (2017). *The textbook of clinical sexual medicine*. Springer.
- Johansen, P. P., Zwisler, A. D., Hastrup-Svendsen, J., Frederiksen, M., Lindschou, J., Winkel, P., ... Berg, S. K. (2013). The CopenHeartSF trial--comprehensive sexual rehabilitation programme for male patients with implantable cardioverter defibrillator or ischaemic heart disease and impaired sexual function: protocol of a randomized clinical trial. *BMJ Open*, 3(11), e003967.
- Kongkanand, A., Ratana-Olarn, K., Ruangdilokrat, S., & Tantiwong, A. (2003). The efficacy and safety of oral sildenafil in Thai men with erectile dysfunction: a randomized, double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *J Med Assoc Thai*, 86(3), 195-205.
- Kroemeke, A. (2016). Changes in well-being after myocardial infarction: Does coping matter? *Qual Life Res*, 25(10), 2593-2601.
- Lanz, J., Wyss, D., Räber, L., Stortecky, S., Hunziker, L., Blöchliger, S., ... Pilgrim, T. (2019). Mechanical complications in patients with ST-segment elevation myocardial infarction: A single centre experience. *PLoS One*, 14(2), e0209502.

- Levin, J. R. (2017). The Human Sexual Response Cycle. In IsHak, W. W. (Ed.), The textbook of clinical sexual medicine (pp39-51). Springer.
- Levine, G. N., Steinke, E. E., Bakaeen, F. G., Bozkurt, B., Cheitlin, M. D., Conti, J. B., ... Stewart, W. J. (2012). Sexual activity and cardiovascular disease. *Circulation*, 125(8), 1058-1072.
- Lindau, S. T., Abramsohn, E. M., Bueno, H., D'Onofrio, G., Lichtman, J. H., Lorenze, N. P., ... Krumholz, H. M. (2014). Sexual activity and counseling in the first month after acute myocardial infarction among younger adults in the United States and Spain: a prospective, observational study. *Circulation*, 130(25), 2302-2309
- Lindau, S. T., Abramsohn, E. M., Bueno, H., D'Onofrio, G., Lichtman, J. H., Lorenze, N. P., ... Krumholz, H. M. (2016). Sexual activity and function in the year after an acute myocardial infarction among younger women and men in the United States and Spain. *JAMA Cardiol*, 1(7), 754-764.
- Malik, F.-T.-N., Kalimuddin, M., Ahmed, N., Badiuzzaman, M., Ahmed, M. N., Dutta, A., ... Jamal, M. F. (2016). AMI in very young (aged ≤ 35 years) Bangladeshi patients: risk factors & coronary angiographic profile. *Clinical Trials and Regulatory Science in Cardiology*, 13, 1-5.
- Manolis, A., Doulas, M., Ferri, C., & Mancina, G. (2020). Erectile dysfunction and adherence to antihypertensive therapy: Focus on β -blockers. *Eur J Intern Med*, 81, 1-6.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). Human sexual response.
- McCann, M. E. (1989). Sexual healing after heart attack. *Am J Nurs*, 89(9), 1133-1138
- McCartney, P. J., & Berry, C. (2018). Redefining successful primary PCI. *European Heart Journal - Cardiovascular Imaging*, 20(2), 133-135.
- Mihoa, P., Lowe, D., & Melman, A., (2006) Normal anatomy and physiology. In Mulcahy, J. J. (Eds.), Male sexual function: a guide to clinical management (pp. 1-45). Springer.

- Mosack, V., Hill, T. J., & Steinke, E. E. (2015). Predictors of change in sexual activity after cardiac diagnosis: Elements to inform sexual counseling. *Journal of Health Psychology, 22*(7), 925-931.
- Mourad, F., El Ghanam, M., Mostafa, A. E., Sabry, W., & Bastawy, M. (2017). Sexual dysfunction before and after coronary artery bypass graft surgery in males. *Journal of the Egyptian Society of Cardio-Thoracic Surgery, 25*(1), 45-51.
- Mulcahy, J. J. (2006). *Male sexual function: a guide to clinical management*. Springer.
- Nascimento, E. R., Maia, A. C. O., Pereira, V., Soares-Filho, G., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2013). Sexual dysfunction and cardiovascular diseases: a systematic review of prevalence. *Clinics, 68*(11), 1462-1468.
- Nehra, A., Jackson, G., Miner, M., Billups, K. L., Burnett, A. L., Buvat, J., ... Wu, F. C. (2012). The Princeton III consensus recommendations for the management of erectile dysfunction and cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc, 87*(8), 766-778.
- Nicolai, M. P. J., van Bavel, J., Somsen, G. A., de Grooth, G. J., Tulevski, I. I., ... Elzevier, H. W. (2014). Erectile dysfunction in the cardiology practice—a patients' perspective. *American Heart Journal, 167*(2), 178-185.
- O'Leary, M. P., Fowler, F. J., Lenderking, W. R., Barber, B., Sagnier, P. P., Guess, H. A., & Barry, M. J. (1995). A brief male sexual function inventory for urology. *Urology, 46*(5), 697-706.
- Oskay, U., Can, G., & Camcı, G. (2015). Effect of myocardial infarction on female sexual function in women. *Arch Gynecol Obstet, 291*(5), 1127-1133.
- Palm, P., Zwisler, A. O., Svendsen, J. H., Thygesen, L. C., Giraldi, A., Jensen, K. G., ... Berg, S. K. (2019). Sexual rehabilitation for cardiac patients with erectile dysfunction: a randomised clinical trial. *Heart (British Cardiac Society), 105*(10), 775–782.
- Pitcher, S., Adams, T., Van Wijk, L., Fakie, N., Saidu, R., Denny, L., & Moodley, J. (2018). Holistic sexuality post gynaecological cancer treatment: A review of recent literature. *SA Journal of Oncology, 2*(1), 1-7.

- Polit, D. F., & Hungler, B. (2013). *Essentials of Nursing 1 Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (8th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
- Rambhatla, A., & Rajfer, J. (2018). Male Sexual Dysfunction. In I. Huhtaniemi and L. Martini (Eds.), *Encyclopedia of Endocrine Diseases (Second Edition)* (pp. 767-774). Academic Press.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.
- Rosman, L., Cahill, J. M., McCammon, S. L., & Sears, S. F. (2014). Sexual health concerns in patients with cardiovascular disease. *Circulation*, 129(5), e313-e316.
- Sangkum, P., Sukying, C., Viseshsindh, W., Kochakarn, W., Patcharatrakul, S., & Khongcharoensombat, W. (2017). Validation and reliability of a Thai version of the International Index of Erectile Dysfunction (IIEF) for Thai population. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 100(11), 73.
- Sathananthan, J., Watson, T. J., Murdoch, D., Overgaard, C., Lee, D., Khoo, D., & Ong, P. J. L. (2018). Management of intracoronary thrombus. In T. J. Watson, P. J. L. Ong, & J. E. Tcheng (Eds.), *Primary Angioplasty: A Practical Guide* (pp. 119-135). Springer Singapore.
- Shi, W. Y., & Smith, J. A. (2018). Role of coronary artery bypass surgery in acute myocardial infarction. In T. J. Watson, P. J. L. Ong, and J. E. Tcheng (Eds.), *Primary Angioplasty: A Practical Guide* (pp. 211-221). Springer Singapore.
- Sinha, S. K., Krishna, V., Thakur, R., Kumar, A., Mishra, V., Jha, M. J., ... Mohan Varma, C. (2017). Acute myocardial infarction in very young adults: A clinical presentation, risk factors, hospital outcome index, and their angiographic characteristics in North India-AMIYA Study. *ARYA Atheroscler*, 13(2), 79-87.
- Smith, A. B., Barton, D. L., Davis, M., Jackson, E. A., Smith, J., & Wittmann, D. (2022). A Preliminary study of short-term sexual function and satisfaction among men post-myocardial infarction. *J Holist Nurs*, 40(3), 208-218.

- Smith, A. B., Barton, D. L., Jackson, E. A., Wittmann, D., Smith, J., & Davis, M. (2021). Predictors of sexual among men after myocardial infarction: a pilot study. *British Journal of Cardiac Nursing*, 16(12), 1-11function.
- Son, H., Friedmann, E., Thomas, S. A., & Son, Y. J. (2016). Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction. *Int J Nurs Pract*, 22(5), 493-502.
- Sorosh, A., Komasi, S., Heydarpour, B., Ezzati, P., & Saeidi, M. (2018). The effectiveness of psychosexual education program on psychological dimensions of sexual function and its quality in cardiac rehabilitation patients [Original Article]. *Research in Cardiovascular Medicine*, 7(2), 82-86.
- Steinke, E. E., Wright, D. W., Chung, M. L., & Moser, D. K. (2008). Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. *Heart & Lung*, 37(5), 323-333.
- Steinke, E. E. (2013). Sexuality and Chronic Illness. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(11), 18-27.
- Steinke, E. E., Jaarsma, T., Barnason, S. A., Byrne, M., Doherty, S., Dougherty, C. M., ... Moser, D. K. (2013). Sexual counseling for Individuals With cardiovascular disease and their partners. *Circulation*, 128(18), 2075-2096.
- Steinke, E. E., Mosack, V., & Hill, T. J. (2015). Change in sexual activity after a cardiac event: the role of medications, comorbidity, and psychosocial factors. *Applied Nursing Research*, 28(3), 244-250.
- Steinke, E. E. (2016). Issues regarding sexuality. In Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., & Zwicker, D. (2016). Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice (5 ed., pp. 165-178). Springer Publishing Company.
- Stephoe, A., Jackson, S. E., & Wardle, J. (2016). Sexual activity and concerns in people with coronary heart disease from a population-based study. *Heart*, 102(14), 1095-1099.

- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., ... Group, E. S. D. (2018). Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *European Heart Journal*, 40(3), 237-269.
- Thylén, I., & Brännström, M. (2015). Intimate relationships and sexual function in partnered patients in the year before and one year after a myocardial infarction: A longitudinal study. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 14(6), 468-477.
- Tirgari, B., Rafati, F., & Mehdipour Rabori, R. (2019). Effect of sexual rehabilitation program on anxiety, stress, depression and sexual function among men with coronary artery Disease. *J Sex Marital Ther*, 45(7), 632-642.
- Watzke, B., Haller, E., Steinmann, M., Heddaeus, D., Härter, M., König, H.-H., Wegscheider, K., & Rosemann, T. (2017). Effectiveness and cost-effectiveness of telephone-based cognitive-behavioural therapy in primary care: study protocol of TIDe – telephone intervention for depression. *BMC Psychiatry*, 17(1), 263.
- Xiao, L., Wang, P., Fang, Q., & Zhao, Q. (2018). Health-promoting lifestyle in patients after percutaneous coronary intervention. *Korean circulation journal*, 48(6), 507-515.
- Xu, F., Ming, Q., & Hou, L. (2015). The effect of sex counselling in the sexual activity of acute myocardial infarction patients after primary percutaneous coronary intervention. *Acta Cardiol*, 70(4), 460-464.
- Yoshimachi, F., & Ikari, Y. (2018). Patient Preparation, Vascular Access, and Guiding Catheter Selection. In T. J. Watson, P. J. L. Ong, & J. E. Tcheng (Eds.), *Primary Angioplasty: A Practical Guide* (pp. 83-98). Springer Singapore.
- Ziaei, T., Rad, H. F., Roshandel, G., & Aval, M. (2018). Effect of counseling based on sexual self-concept on the sexual health of women in reproductive age. *Global Journal of Reproductive Medicine*, 3(5), 85-90.







คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์

ครั้งที่ 7/2565 ประจำปีการศึกษา 2565

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6470006936
ชื่อ-นามสกุล	นายจิรพงศ์ ศรีเทพ
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. อาภาพร เนาว์วัฒนา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทธน์ เอื้อกิจ
กรรมการสอบภายนอก	รองศาสตราจารย์ ร.ด.อ.หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านแอปพลิเคชันต่อการทำ หน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยาย หลอดเลือดหัวใจ
	THE EFFECT OF SEXUAL SELF-CONCEPT PROMOTING PROGRAM THROUGH MOBILE APPLICATION ON SEXUAL FUNCTION AMONG MALES WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION
ครั้งที่อนุมัติ	7/2565
ระดับ	ปริญญาโท

นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รหัสนิสิต	6470008136
ชื่อ-นามสกุล	ร้อยตำรวจเอกหญิง ธรรมานุช ไชยยะ
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. สุวิพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพินธุ์ สาสิทธิ์
กรรมการสอบภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนางค์ชัยเชื้อ
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
	FACTORS RELATED TO HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN OLDER PEOPLE WITH COLORRECTAL CANCER
ครั้งที่อนุมัติ	7/2565
ระดับ	ปริญญาโท

8 ธันวาคม 2566

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
ผศ. นพ. นพดล ชำนาญผล	แพทย์สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร. จิราภรณ์ ชูวงศ์	อาจารย์พยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
นาย วินิตย์ หลงละเลิง	พยาบาลชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ กลุ่มโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
นางสาว สุมลรัตน์ อัจกุล	พยาบาลชำนาญการ ห้องตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง
นางสาว ชุติมา มงคลบุตร	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยไอซีซี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ที่ ฮว ๒๔.๑๑/ ๐๐๔๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทรรจ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๑๓๐

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โหร่งว่าวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๓ ชุด

เนื่องด้วย นายจิรพงศ์ ศรีเทพ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอุดมในทัศนทางเพศผ่านโซเชียลมีเดียต่อการทำแท้งในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ นพดล ชำนาญผล แพทย์สาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ อนุสาขาทดลองการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้เป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นวลักษณ์ เอื้อกิจ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์พิมพ์วิภา

สีอนันต์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ นพดล ชำนาญผล

โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๓๑, ๐๔-๑๔๑๓-๖๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๕๒

นายจิรพงศ์ ศรีเทพ โทร. ๐๔-๕๔๔๔-๐๒๐๔

ที่ บว ๒๔.๑๑/๐๐๔๓๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ขึ้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๑๓๐

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายจิระพงศ์ ศรีเทพ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมยึดมั่นในทศพิธราชธรรมผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร.จิราภรณ์ ชูวงศ์ รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ ชูทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

นิสิต

ดร.จิราภรณ์ ชูวงศ์

โทร. ๐๒-๒๕๔-๓๑๓๑, ๐๔-๐๔๓๓-๔๗๒๓ E-mail: fontbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๕๔-๓๑๕๒

นายจิระพงศ์ ศรีเทพ โทร. ๐๔-๕๔๔๔๔-๔๒๑๑๔

ที่ อว ๒๔๑๑/๐๐๔๓๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศวรรษ ขึ้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๑๓๐

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการวิจัยวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายจิรพงศ์ ศรีเทพ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสังคมในทีมทางเพศผ่านโซเชียลมีเดียต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกลัวโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ได้รับการขยายผลคัดเลือกหัวใจ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)
รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ข้อนี้

นายวินิตย์ หลงละเลิง

โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๓๑, ๐๔-๐๘๘๔-๐๖๖๐ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๕๖

นายจิรพงศ์ ศรีเทพ โทร. ๐๔-๕๘๘๔-๐๖๐๔

ที่ ฮว ๒๔.๑๑/๐๐๘๒๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ขึ้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายจิรพงศ์ ศรีเทพ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอิมมูโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บรรลักษ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุเมธรัตน์ อาจกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้เป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพิภพ อู่อกิจ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ข้าพเจ้านี้
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อ นิสิต

นางสาวสุเมธรัตน์ อาจกุล
โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๓๓, ๐๔-๑๔๓๓-๖๗๖๓ E-mail: fonbox@chula.ac.th
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บรรลักษ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๔๒
นายจิรพงศ์ ศรีเทพ โทร. ๐๘-๕๕๑๙๙-๖๒๒๙๙

ที่ บว.๑๑/๐๐๔๕๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ขึ้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๑๓๐

๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายจิรพงศ์ ศรีเทพ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมยีนในพืชน้ำทางเพศผ่านไมโบสแฟกทีเลียสต่อการทำน้ำที่ทางเพศในพืชชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุติมา มงคลบุตร พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยไอซีซี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นวลลักษณ์ เอื้อกิจ)
รองคณบดี

ปฏิบัติภาระงานคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่อนุมัติ

นางสาวสุติมา มงคลบุตร

โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๓๑, ๐๔-๐๘๕๓๓-๔๖๒๓ E-mail: fontbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๕๒

นายจิรพงศ์ ศรีเทพ โทร. ๐๘-๕๔๔๔๔๔-๔๕๖๗



ที่ อว ๖๔.๑๖/ ๐๐๔๒๕



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรธรรม ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๑๓๐

๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อภิชาติ กงกะนันทน์

เนื่องด้วย นายจิรพงศ์ ศรีเทพ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโยคะในทางเพศผ่านโมโนเลอแพลตตินั่มต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรฉัตร เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบวัดลักษณะของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศฉบับภาษาไทย จากงานวิจัย เรื่อง The Efficacy and Safety of Oral Sildenafil in Thai Men with Erectile Dysfunction: A Randomized, Double-Blind, Placebo Controlled, Flexible-Dose Study (๒๐๐๓)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
นิตินันท์

โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๓๑, ๐๔-๑๘๓๓-๕๗๓๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรฉัตร เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๕๒
นายจิรพงศ์ ศรีเทพ โทร. ๐๘-๕๘๔๙๔-๖๒๖๙

เลขที่รับ 0474
วันที่ 14 มีนาคม 2566
เวลา 08.51 น.
ผู้รับ ศิริโยภา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขออนุญาตนำเครื่องมือการวิจัย

เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นายจิรพงศ์ ศรีเทพ รหัสบัตร 6 4 7 0 0 0 6 9 3 6

โทรศัพท์มือถือ 0 8 5 8 9 4 9 2 9 9 ประภาคารหัวธำ ฉบับที่ 7 / 2 5 6 5 หน้า 0 1
E-MAIL: 647006936@student.chula.ac.th

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ.....แบบสอบถามยึดมั่นในทัศนคติทางเพศ.....
- ชื่อวิทยานิพนธ์.....ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการทานยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ.....นายวิวัฒน์ ทองละเล้ง.....
- อาจารย์ที่ปรึกษา (เจ้าของเครื่องมือ).....ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ.....
- ปีจอวิทยานิพนธ์.....2553.....

เรียน รองคณบดี

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย

ของนายวิวัฒน์ ทองละเล้ง ซึ่งมี ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา (นายจิรพงศ์ ศรีเทพ)

ลงนาม **จิรพงศ์ ศรีเทพ** ผู้ยื่นคำร้อง

13 / มีนาคม / 2566

11 เมษายน 2566 เวลา 10:45

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เห็นควรให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ในการวิจัย ในภาควิชาพยาบาลศาสตร์ ลงนาม นรลักษณ์ เอื้อกิจ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ) 14 / มีนาคม / 2566	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ อนุญาตให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ในการวิจัย และสนับสนุนเครื่องมือ ให้สอดคล้องกับแผนการเรียนการสอน ลงนาม นรลักษณ์ เอื้อกิจ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ) 14 / มีนาคม / 2566
--	---

11 เมษายน 2566 เวลา 16:55

อนุญาต

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจกิติ ฤกษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติภาระงานคณะพยาบาลศาสตร์

...../...../.....

* สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์ขงคุด ขงคางโทร 02-218-1129 E-mail : ratchakris.y@chula.ac.th

** ส่งเอกสารคำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) ได้ที่ E-mail : Fonbox@chula.ac.th

ask to permission to use Multidimensional Sexual Self Concept Questionnaire (MSSCQ) Jirapong Srithep <jk.srithep@gmail.com>
to wesnellFeb 5, 2023, 9:48 AM   

My name is Mr. Jirapong Srithep, and I am a master's degree student at Chulalongkorn University's Faculty of Nursing in Bangkok, Thailand. I am now working on a thesis titled "THE EFFECT OF SEXUAL SELF-CONCEPT PROMOTING PROGRAM THROUGH LINE APPLICATION ON SEXUAL FUNCTION AMONG MALE PERSONS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION" And my advisor is Assoc. Prof. Dr. Noraluk Ua-kit.

I am very interested in your article Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders" which was published earlier in Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care 2008, vol 37 issue 5 by Professor Elaine E. Steinke. The 2008 article you mention used Dr. Snell's Multidimensional Sexual Self Concept Questionnaire (MSSCQ).

I ask to permission from Professor Elaine E. Steinke but Professor advice me permission from Dr William E. Snell because originally the instrument.

So, I ask to permission to use Multidimensional Sexual Self Concept Questionnaire (MSSCQ)

Thank you very generously. It would be very appreciated if you could respond to my request via my email address: 6470006936@student.chula.ac.th

I'm looking forward to hearing from you.

Sincerely yours,
Jirapong Srithep

Mr. Jirapong Srithep
2nd year master's degree student.
Faculty of Nursing,
Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. 10330.
Cell phone: (+66) 85-894-9299
Email: 6470006936@student.chula.ac.th

Snell, William E <wesnell@semo.edu>
to meFeb 5, 2023, 11:25 AM   

Dear Jirapong Srithep,

You are more than welcome to use any of my instruments in your work, including the MSSCQ. Ans, of course, you have my permission to use and translate the MSSCQ. You can find all of the information that you need at the following website (see below), where I have summarized that information in an "electronic book" and where copies of my psychological instruments can be found as well as the scoring procedures for these instruments (see the website below).

First, locate the electronic book on "sexuality" and then find the chapters on the MSSCQ. Copies of the instruments and the scoring procedures are shown at the end of the chapter.

I am now retired and have moved to Florida because of major health issues. Good luck with your project. Your research sounds great!

<http://cst-cla.semo.edu/snell/books/>

Dr. William (Bill) E. Snell, Jr.
Professor Emeritus, Retired
Department of Psychology
SouthEast Missouri State University
Cape Girardeau, MO 63701

Jirapong Srithep <jk.srithep@gmail.com>
to William

Feb 5, 2023, 2:04 PM

thank you
you're kindness for me
Jirapong Srithep

--
J. Srithep

ภาคผนวก ง

จดหมายขอพิจารณาจริยธรรม จดหมายขอทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล และ
เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ อว ๒๔.๑๑/ ๐๐๕๖๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศุภพระ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๖ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริ

สิ่งที่ส่งมาด้วย

๑. โครงการวิจัยด้านพันธุศาสตร์ฉบับสมบูรณ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. โครงการวิจัยด้านพันธุศาสตร์ฉบับย่อ จำนวน ๑ ชุด
๓. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้รับการวิจัยและใบยินยอม จำนวน ๑
๔. เอกสารอนุมัติโครงการวิจัยด้านพันธุศาสตร์จากคณะกรรมการวิจัยด้านจริยธรรม จำนวน ๑ ชุด
๕. แบบสอบถามที่หมดผลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๖. การส่งเสริมอัตโนมัติทางพันธุศาสตร์สำหรับผู้ยากไร้เมื่อหัวใจวายเฉียบพลันหลังได้รับการ
การขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน ๑ ชุด
๗. แผนการติดตามเยี่ยมผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันรายบุคคลโดยการโทรศัพท์ผ่านโมบายล์
แอปพลิเคชัน จำนวน ๑ ชุด
๘. แผนการสอนเรื่องการส่งเสริมอัตโนมัติทางพันธุศาสตร์การทำหน้าที่ทางพันธุศาสตร์
พิเศษที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
จำนวน ๑ ชุด

เบื้องต้น นายจิรพงศ์ ศรีเทพ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตโนมัติทางพันธุศาสตร์ผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางพันธุศาสตร์ในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลุ่มที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความเห็นชอบ นายจิรพงศ์ ศรีเทพ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพศร์ อู่อิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ผู้ปรึกษา
เขียนติด

โทร. ๐๒-๒๕๑๔-๑๑๑๑, ๐๔-๑๑๑๑-๐๑๑๑ E-mail: forbox@chula.ac.th
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๕๑๔-๑๑๑๑
นายจิรพงศ์ ศรีเทพ โทร. ๐๔-๕๕๕๕๕๕-๑๒๓๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๔๔๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดทรง ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๖๓๐

๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บันทึกดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการวิจัยฉบับร่าง จำนวน ๑ ชุด

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่อง นายจิรพงศ์ ศรีเทพ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสังคมในทัศนทางเพศผ่านโมบิลแอปพลิเคชันต่อการทำหน้าทีทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นวลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ขอความอนุเคราะห์ให้บันทึกดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศรี จำนวน ๑๕ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (๒๕๕๑) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด ๒ คำถาม หรือ ๒Q ของ กรมสุขภาพจิต (๒๕๖๓) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด ๙ คำถาม หรือ ๙Q ของกรมสุขภาพจิต (๒๕๖๓) แบบประเมินคัดกรองอาการอ่อนสมรรถภาพทางเพศ (IIEF-๕) แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศในเพศชาย (IIEF-๕) แบบสอบถามทัศนคติในทัศนทางเพศ และการสอนเรื่องการส่งเสริมสังคมในทัศนทางเพศต่อการทำหน้าทีทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คู่มือการส่งเสริมสังคมในทัศนทางเพศสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและแผนการติดตามเยี่ยมผ่านโมบิลแอปพลิเคชันรายบุคคล โดยการโทรศัพท์ผ่านโมบิลแอปพลิเคชัน ทั้งนี้บันทึกจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายจิรพงศ์ ศรีเทพ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๓๑, ๐๔-๑๔๓๓-๔๓๖๑ E-mail: forbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นวลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๕๔-๑๑๕๖

ชื่อนิสิต

นายจิรพงศ์ ศรีเทพ โทร. ๐๘-๔๔๔๔-๙๐๙๙

ที่ อว ๒๔.๑๑/ ๐๐๕๕๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศดร. ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๑๓๐

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิติสดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงการวิจัยฉบับร่าง จำนวน ๑ ชุด

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่อง นายจิรพงศ์ ศรีเทพ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายแอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ ขอความอนุเคราะห์ให้นิติสดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง จำนวน ๔๔ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (๒๕๕๑) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ชนิด ๒ คำถามหรือ ๒Q ของกรมสุขภาพจิต (๒๕๖๓) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด ๙ คำถาม หรือ ๙Q ของกรมสุขภาพจิต (๒๕๖๓) แบบประเมินคัดกรองอาการอ่อนสมรรถภาพทางเพศ (IIEF-๕) แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศในเพศชาย (IIEF-๕) แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ แผนกการสอนเรื่องการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คู่มือการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และแผนกติดตามเยี่ยมผ่านโมบายแอปพลิเคชันรายบุคคล โดยการโทรศัพท์ผ่านโมบายแอปพลิเคชัน ทั้งนี้นิติสดำเนินการจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายจิรพงศ์ ศรีเทพ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ฟองบ็อกซ์ อูทิ)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ส่วนเวเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิติสด

หัวหน้าพยาบาล

โทร. ๐๒-๒๖๔๔-๓๓๓๓, ๐๒-๒๖๔๔-๓๓๓๓ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. ๐๒-๒๖๔๔-๓๓๓๓

นายจิรพงศ์ ศรีเทพ โทร. ๐๒-๕๕๕๕-๐๐๐๐



โรงพยาบาลตรัง
๖๙ ด.โคกหิน ต.ทับเที่ยง อ.เมือง จ.ตรัง ๙๒๐๐๐
โทร. ๐๙๕ - ๒๐๕๕๐๐ โทรสาร ๐๙๕ - ๒๐๕๕๐๑, ๒๐๕๕๐๔
Trang Hospital
๖๙ Kokkan Rd., Thapteing, Muang, Trang ๙๒๐๐๐
Tel. ๐๙๕ - ๒๐๕๕๐๐ Fax ๐๙๕ - ๒๐๕๕๐๑, ๒๐๕๕๐๔

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง

เลขที่.....๐๒๗/๒๕๖๖.....

ชื่อโครงการ "กรณีผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัตลักษณ์ทางเพศผ่านแอปพลิเคชัน
ต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลัง
ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ"

(THE EFFECT OF SEXUAL SELF-CONCEPT PROMOTING PROGRAM THROUGH
MOBILE APPLICATION ON SEXUAL FUNCTION AMONG MALES WITH ACUTE
MYOCARDIAL INFARCTION AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION)

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๒๗/๐๕-๒๕๖๖

ชื่อหัวหน้าโครงการ นายจิรพงศ์ ศรีเทพ

ห้องตรวจสวนหัวใจ งานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลตรัง

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนว
ปฏิบัติมาตรฐานสากล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง

ลงนาม.....

(นายฤกษ์ฤทธิ์ คุณธรรม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง

ลงนาม.....

(นายสมบัติ สอนสาวภาคย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

วันที่รับรอง..... ๑๔ พ.ค. ๒๕๖๖

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ..... ๑๔ พ.ค. ๒๕๖๗

(๑ ปี นับจากวันที่รับรอง)

ภาคผนวก จ

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ชื่อผู้วิจัย นาย จิรพงศ์ ศรีเทพ

สถานที่ทำงาน แผนกตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง 69 ถนน โคกชัน อำเภอเมือง จังหวัดตรัง 92000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 075-201-500 ต่อ 2215, 2216

โทรศัพท์มือถือ 085-894-9299

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบาย ดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในบุคคลเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศของบุคคลเพศชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

3. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดกับผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ และประเมินการทำหน้าที่ทางเพศในสัปดาห์ที่ 4 หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันครบแล้ว

4. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้เข้าร่วมในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพศชายอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง จำนวน 44 ราย ทั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ป่วยดูประวัติในเวชระเบียนเพื่อประวัติการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระดับความรุนแรงของโรค และการได้รับยารักษาโรคหัวใจ

5. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 22 คน โดยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างความไว้วางใจ และดำเนินการดังนี้

5.1 กลุ่มที่ 1 ประชากรตัวอย่างได้รับการพยาบาลปกติโดยพยาบาลประจำคลินิก โรคหลอดเลือดและหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาและรับยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามประเมินอาการและประเมินสัญญาณชีพ พยาบาลจะให้คำแนะนำผู้ป่วย จำหน่ายเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัดครั้งถัดไป รวมถึงคู่มือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับก่อนจำหน่ายขณะรักษาตัว อยู่ในโรงพยาบาลที่กล่าวถึงประเด็นเพศสัมพันธ์ไว้ คือ งดการมีเพศสัมพันธ์ 1 เดือน

5.2 กลุ่มที่ 2 ประชากรตัวอย่าง ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตรานวัตกรรมทางเพศผ่าน โมบายล์แอปพลิเคชัน ประชากรตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ตามแผนการสอนและแจกคู่มือเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปทบทวนด้วยตนเอง โดยเน้นการส่งเสริมอัตรานวัตกรรมทางเพศ ได้แก่ เสริมสร้างความพึงพอใจ ระบุเป้าหมาย ความสำคัญของการมีเพศสัมพันธ์ ต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ลดความวิตกกังวลทางเพศโดยประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเริ่มกลับมา มีเพศสัมพันธ์จากผู้ป่วย ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยเฉพาะเพศสัมพันธ์ หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ ส่งเสริมการรับรู้สมรรถภาพทางเพศให้ผู้ป่วยเริ่มกลับมาที่เพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ค้นหาประเมินภาวะ ซึมเศร้าทางเพศ ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนจัดการกับอุปสรรคที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ และ กิจกรรมส่งเสริมอัตรานวัตกรรมทางเพศผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ทางเพศ โดยให้ความรู้และวิถีทัศน์ที่ส่งเสริมสมรรถภาพทางเพศวันละ 1 เรื่อง เป็นช่องทางสื่อสารให้กับผู้ป่วย กล้าพูดคุย ขอคำแนะนำหรือคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศแบบส่วนตัว กิจกรรม สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาในช่วงเช้า 40-60 นาที สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมอัตรานวัตกรรมทางเพศผ่าน โมบายล์แอปพลิเคชันเวลา 8.00 น. โทรศัพท์สอบถามเยี่ยมอาการ ความผิดปกติหลังกลับไปเริ่มมี กิจกรรมทางเพศ หรือความวิตกกังวลในการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ค้นหาปัญหาและประเมินภาวะ ซึมเศร้าทางเพศ สัปดาห์ที่ 3 ติดตามผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันเดียวให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก หรือ สอบถามข้อสงสัยพร้อมให้คำแนะนำ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ประเมินอัตรานวัตกรรมทางเพศ โดยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 และประเมินการทำหน้าที่ทางเพศ เมื่อได้รับโปรแกรมครบในสัปดาห์ที่ 4 นอกจากนี้ประชากรตัวอย่างต้องตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง คือ ครั้งที่พบกันและเมื่อครบ 4 สัปดาห์

6. ถ้าหากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลในทันที และแจ้งให้แพทย์ หรือพยาบาลประจำแผนกทราบทันที และจะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อได้รับการเห็นชอบจาก แพทย์แล้วเท่านั้น

7. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

8. การเข้าร่วมวิจัยเป็นไปโดยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับการบริการทั้งสิ้น

9. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบนอกเหนือจากคณะผู้วิจัย และเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ ตลอดเวลาที่หมายเลขโทรศัพท์ 085-894-9299 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบโดยเร็ว

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Information Consent Form)

ทำที่.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ. 2566

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน
ต่อการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ชื่อผู้วิจัย นาย จีรพงศ์ ศรีเทพ

สถานที่ทำงาน แผนกตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลตรัง 69 ถนน โคกซัน อำเภอเมือง
จังหวัดตรัง 92000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 075-201-500 ต่อ 2215, 2216

โทรศัพท์มือถือ 085-894-9299

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวจากการวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคตทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว มีความเข้าใจดีทุกประการ ข้าพเจ้ายินดีที่จะเข้าร่วมการ
 ศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับ
 สำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว 1 ชุด

ลงชื่อ.....

(นาย จีรพงศ์ ศรีเทพ)

ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....

()

ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

()

พยาน





ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศ
ในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

- | | |
|--|--------------|
| 1.1 แบบประเมินคัดกรองอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ | จำนวน 5 ข้อ |
| 1.2 แบบประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อม | จำนวน 11 ข้อ |
| 1.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามหรือ 2Q | จำนวน 2 ข้อ |
| 1.4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม หรือ 9Q | จำนวน 9 ข้อ |

ส่วนที่ 2 เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- | | |
|---|--------------|
| 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 18 ข้อ |
| 2.2 แบบแบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ | จำนวน 15 ข้อ |

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ

- 3.1 แผนการสอนเรื่องการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- 3.2 คู่มือเรื่องการส่งเสริมอ้อมโนทัศน์ทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- 3.3 แผนการติดตามการเยี่ยมผ่านโมบายล์แอปพลิเคชัน

ส่วนที่ 4 เครื่องมือกำกับการทดลอง

- | | |
|--|--------------|
| 4.1 แบบสอบถามอ้อมโนทัศน์ทางเพศ รวมทั้งหมด | จำนวน 17 ข้อ |
| 4.1.1 ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ | จำนวน 3 ข้อ |
| 4.1.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ | จำนวน 4 ข้อ |
| 4.1.3 ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ | จำนวน 5 ข้อ |
| 4.1.4 ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ | จำนวน 5 ข้อ |

เครื่องมือที่ใช้ในคัดกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. แบบประเมินคัดกรองอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศประเมินโดยใช้แบบ International Index of Erectile Function (IIEF5) ของ Sangkum et al. (2017) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่า internal consistency Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.99 และ test-retest reliability 0.92 คะแนนรวม 5-25 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีระดับคะแนน 22-25 คะแนน ไม่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. แบบประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อม Mini-Mental state Examination :Thai version 2002 (MMSE-T 2002) ของ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2551) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 11 ข้อ เครื่องมือมีความไว ร้อยละ 92.0 ความจำเพาะร้อยละ 92.6 การแปลผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโดย แบ่งได้ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม 2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม และ 3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถามหรือ 2Q และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม หรือ 9Q ของ กรมสุขภาพจิต (2537) ในกรณีประเมินภาวะซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ที่ตอบว่าไม่มีทั้ง 2 ข้อ ถือว่าปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า และหากมีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึงเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน 9Q ตรวจสอบความเที่ยง Cronbach's alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.784 - 0.821 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 และความสอดคล้องระหว่าง 2Q สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Pearson เท่ากับ 0.719 ($p < 0.001$) มีค่าความไว ร้อยละ 85 ค่าความจำเพาะร้อยละ 72 และค่า likelihood ratio 3.04 การแปลผลแบบประเมิน 9Q คะแนนน้อยกว่า 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คะแนน 13-17 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คะแนน 18 ขึ้นไป ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

แบบคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

โปรแกรมการส่งเสริมอัมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศ
ในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1. เพศชาย

2. ระดับการศึกษา

3. อายุ.....ปี โดยแบ่งเป็นช่วงอายุ

☐ ผู้ใหญ่ตอนต้น(20-39ปี) ☐ ผู้ใหญ่ตอนปลาย(40-59ปี) ☐ ผู้สูงอายุ(60 ปีขึ้นไป)

กรณีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ขึ้นไปประเมิน MMSE-T คะแนนรวม.....

เกณฑ์ปกติ : จุดตัดที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14	23 ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 22	30

4. ระดับความรุนแรงโดยแบ่งตามของสมาคมโรคหัวใจแคนาดา (Canadian Vascular Society grading of angina pectoris; CCS) จากเวชระเบียน

ระดับ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

5. การประเมินความสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ เช่น การประเมินจากการวิ่งทดสอบสมรรถภาพหัวใจ (EST) หรือความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

☐ ความสามารถในการทำกิจกรรม ระดับเบา (< 3.0 METS)

☐ ความสามารถในการทำกิจกรรม ระดับปานกลาง (3-6 METs)

☐ ความสามารถในการทำกิจกรรม ระดับหนัก (>6 METs)

6. ไม่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมิน 2Q ในกรณีที่ตอบว่าไม่มี ทั้ง 2 ข้อ ถือว่าปกติไม่เป็นโรคซึมเศร้า และหากมีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมิน 9Q (กรมสุขภาพจิต, 2537)

☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

☐ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

7. ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับตัวของท่านมากที่สุด
ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

1. คุณมี ความมั่นใจ มากน้อยแค่ไหนที่จะสามารถคงสภาพการแข็งตัวของอวัยวะเพศ

- ☐ 5 สูงมาก
- ☐ 4 สูง
- ☐ 3 ปานกลาง
- ☐ 2 ต่ำ
- ☐ 1 ต่ำมาก

2. ---

3. ---

4. ---

5. คุณมี ความรู้สึกพึงพอใจ บ่อยครั้งแค่ไหนในการมีเพศสัมพันธ์

- ☐ 5 ทุกครั้ง / เกือบทุกครั้ง
- ☐ 4 มากกว่าครึ่งหนึ่ง
- ☐ 3 ประมาณครึ่งหนึ่ง
- ☐ 2 น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
- ☐ 1 ไม่มีเลย / เกือบไม่มีเลย

คะแนนรวม _____

การแปลผล

1-7 คะแนน : หย่อนสมรรถภาพทางเพศรุนแรง

8-11 คะแนน : หย่อนสมรรถภาพทางเพศปานกลาง

12-16 คะแนน : หย่อนสมรรถภาพทางเพศเล็กน้อยถึงปานกลาง

17-21 คะแนน : หย่อนสมรรถภาพทางเพศเล็กน้อย

22-25 คะแนน : ไม่มีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

เลขที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกข้อมูล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 12

ส่วนของผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13 - 16

กรุณาทำเครื่องหมาย (/) ลงในวงเล็บหน้าข้อความเพียงคำตอบเดียว ให้ตรงกับสภาพที่เป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

1. อายุ.....ปี

ช่วงอายุ ☐ 30-39 ปี ☐ อายุ 40-49 ปี ☐ อายุ 50-59 ปี ☐ อายุ 60-69 ปี ☐ อายุ 70 ปีขึ้นไป

2. น้ำหนัก กิโลกรัม

3. ส่วนสูง..... เซนติเมตร (BMI.....kg/m²)

4. ระดับการศึกษา

1. ☐ ประถมศึกษา

2. ☐ มัธยมศึกษา

3. ☐ อนุปริญญา/ปวส.

4. ☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

5. อาชีพ

1. ☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2. ☐ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ

3. ☐ รับจ้าง

4. ☐ ทำไร่ - ทำนา / เกษตรกรรม

5. ☐ ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว

6. ☐ พนักงานบริษัท

7. ☐ ข้าราชการบำนาญ

8. ☐ อื่นๆ ระบุ.....

6. ท่านทราบว่าท่านเป็นโรคหัวใจมานาน (ระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นโรคหัวใจ)

1. ☐ 2 สัปดาห์ - 1 เดือน

2. ☐ ระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน

3. ☐ ระหว่าง 3 เดือน - 6 เดือน

4. ☐ ระหว่าง 6 เดือน - 1 ปี

7. ท่านเคยมีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

1. ☐ เคย

2. ☐ ไม่เคย

8. ระยะเวลาท่านมีเพศสัมพันธ์หลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ครั้งแรก เมื่อใด

1. ☐ 1 - 2 สัปดาห์ ($\leq$ 2 สัปดาห์)

2. ☐ มากกว่า 2 -4 สัปดาห์

3. ☐ ระหว่าง 1 เดือน - 3 เดือน

4. ☐ ระหว่าง 3 - 6 เดือน

5. ☐ ระหว่าง 6 เดือน-1 ปี

6. ☐ ไม่มีเพศสัมพันธ์

9. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจากบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่

1. ☐ เคย

2. ☐ ไม่เคย

10. ท่านเคยได้รับคำแนะนำจากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ☐ แพทย์

2. ☐ พยาบาล

3. ☐ เพื่อน

4. ☐ ผู้ป่วยอื่น

5. ☐ ครอบครัว

6. ☐ คู่ของท่าน

7. ☐ เอกสาร/แผ่นพับคำแนะนำ

8. ☐ อินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์

9. ☐ อื่นๆ ระบุ

11. ท่านต้องการได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือไม่

1. ☐ ต้องการ

2. ☐ ไม่ต้องการ

12. ถ้าในข้อ 11 ตอบว่าต้องการ ท่านต้องการทราบเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ☐ สัญญาณอันตรายระหว่างมีเพศสัมพันธ์

2. ☐ แนวทางแก้ไขปัญหาหากเกิดการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์

3. ☐ ยาที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์หรือการเสื่อมสมรรถนะทางเพศ

4. ☐ การเตรียมตัวก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ขยายหลอดเลือดหัวใจ

5. ☐ ทำในการมีเพศสัมพันธ์ เวลา สถานที่ ที่เหมาะสมในการมีเพศสัมพันธ์

6. ☐ ประโยชน์และผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์

7. ☐ สถานที่บริการปรึกษาปัญหาทางเพศ

8. ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ข้อที่ 13- 18 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน

13. โรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็นร่วมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่

- | | |
|---|---|
| 1. ☐ เบาหวาน | 2. ☐ ความดันโลหิตสูง |
| 3. ☐ หลอดเลือดหัวใจ | 4. ☐ หลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน |
| 5. ☐ ไขมันในเลือดสูง | |

14. ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาาร่วมด้วย

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. ☐ ใช่ | 2. ☐ ไม่ใช่ |
|---------------------------------|------------------------------------|

15. กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน

- | | |
|---|---|
| 1. ☐ Lipid lowering agents/Statin | 2. ☐ Beta-blocker |
| 3. ☐ Diuretic | 4. ☐ ACEI |
| 5. ☐ Antiplatelet | 6. ☐ Vasodilator |
| 7. ☐ Antidiabetic | 8. ☐ Digitalis |
| 9. ☐ Anticoagulant | 10. ☐ Antidepressant |
| 11. ☐ Calcium-antagonist/Calcium channel blocker | |
| 12. ☐ Antiarrhythmia | 13. ☐ ยาอื่นๆ..... |

16. จำนวนครั้งที่ขยายหลอดเลือดหัวใจ

- | |
|---|
| 1. ☐ ครั้งที่ 1 มานาน.....ปี.....เดือน |
| 2. ☐ ครั้งที่ 2 มานาน.....ปี.....เดือน |
| 3. ☐ ครั้งที่ 3 มานาน.....ปี.....เดือน |
| 4. ☐ ครั้งที่ 4 มานาน.....ปี.....เดือน |
| 5. ☐ มากกว่า 4 ครั้ง |

17. ตำแหน่งหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายครั้งล่าสุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. ☐ LMCA | 2. ☐ LAD |
| 3. ☐ LCA | 4. ☐ RCA |

(LAD: left anterior descending artery, LCA: left circumference artery;

LMCA: left main coronary artery, RCA: right coronary artery,)

18. ผลการตรวจของคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) สำหรับการประเมินความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย

- | | |
|--|---|
| 1. ☐ LVEF < 40% | 2. ☐ LVEF ≥ 40-49% |
| 3. ☐ LVEF ≥ 50% | |

เครื่องมือวัดการทำหน้าที่ทางเพศของเพศชาย

แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศในเพศชาย

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของท่าน

เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และการตอบสนอง ทางเพศ

ข้อ 1. อวัยวะเพศของท่านสามารถแข็งตัวได้ **บ่อยครั้ง** เพียงใด (กรุณาให้คะแนนตามความเป็นจริง)

- ☐ เกือบทุกครั้ง หรือทุกครั้ง
- ☐ บ่อยครั้ง (มากกว่าครึ่งหนึ่ง)
- ☐ บางเวลา (ประมาณครึ่งหนึ่ง)
- ☐ นานๆครั้ง (น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง)
- ☐ แทบจะไม่แข็งตัวหรือไม่เคยแข็งตัวเลย
- ☐ ไม่มีเพศสัมพันธ์

2.----

3.----

4.----

5.----

6.----

7.----

8.----

10.----

11.----

12.----

13.----

14.----

ข้อ 15. ท่านประเมิน **ความมั่นใจ** ในความสามารถคงการแข็งตัวของอวัยวะเพศอย่างไร

(กรุณาให้คะแนนตามความเป็นจริง)

- ☐ สูงมาก
- ☐ สูง
- ☐ ปานกลาง
- ☐ ต่ำ
- ☐ ต่ำมาก

เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงอัตมโนทัศน์ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โปรดพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงคำตอบเดียว แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องขวามือซึ่งคิดว่าตรงกับท่าน

เห็นด้วยอย่างมาก	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ไม่แน่ใจ	ข้อความในประโยคนั้นท่านไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างมาก	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก
1. ฉันรู้สึกพึงพอใจกับความต้องการทางเพศของฉัน					
2. ฉันพึงพอใจกับการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์จากคู่นอนของฉัน					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
16. ฉันรู้สึกเป็นคนไร้สมรรถภาพทางเพศ					
17. ฉันรู้สึกเศร้าเมื่อคิดถึงประสบการณ์ทางเพศภายหลังจากเป็นโรคหัวใจ					

12

คณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING
Mahachulalongkornrajavidyalaya University

การส่งเสริมสมรรถนะทางเพศสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

จะเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ได้เมื่อไหร่



เป็นโรคหัวใจ ก็มี SEX ได้

13

คณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING
Mahachulalongkornrajavidyalaya University

การส่งเสริมสมรรถนะทางเพศสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

แนวทางการปฏิบัติของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา และสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหัวใจขาดเลือดเมื่อพ้นหลังทำการ **หัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ภายใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย** กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ควรตรวจสอบความพร้อมของร่างกายก่อนมีเพศสัมพันธ์ เช่น

1. เดินบนลู่วิ่งได้ระยะทาง 3.2 กิโลเมตรต่อชั่วโมง **ได้สำเร็จ**
2. เดินระยะทาง 1 ไมล์ หรือ 1.6093 กิโลเมตร (2-3 ช่วงตึก) **ภายในระยะเวลา 10-15 นาที**
3. ขึ้นลงบันได 2 ชั้นอย่างรวดเร็ว (**20 ขึ้นในเวลา 10 วินาที**)
4. **ทดสอบสมรรถภาพโดยการวิ่งสายพาน**

โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ใจเต้น เหนื่อยหอบ เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวใช้พลังงานระดับปานกลางถึงระดับสูง (3-6 METs) ในขณะที่การมีเพศสัมพันธ์ใช้พลังงานระดับปานกลาง (3-5 METs)

ดังนั้น หากทดสอบสมรรถภาพร่างกายโดยกิจกรรมดังกล่าวในช่วงต้นได้สำเร็จ ท่านก็จะสามารถเริ่มมีกิจกรรมทางเพศได้ ถือว่าปลอดภัย

14

คณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING
Mahachulalongkornrajavidyalaya University

การส่งเสริมสมรรถนะทางเพศสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

เป็นโรคหัวใจใช้จะอด SEX



จากการศึกษาพบว่า.....

1. การเกิดอาการกำเริบระหว่างมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าร้อยละ 1
2. เสียชีวิตระหว่างทางมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 0.6-1.7 เท่านั้น (Risman et al., 2014)

15

คณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING
Mahachulalongkornrajavidyalaya University

การส่งเสริมสมรรถนะทางเพศสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหัวใจขาดเลือดและผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

หากคุณไม่แน่ใจ ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนมีเพศสัมพันธ์

1. การเลือกทำในขณะสมควรเป็นท่าร่วมเพศที่คุ้นเคย
2. พูดคุยถึงความต้องการ หรือความวิตกกังวลของแนกเกี่ยวกับ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง
3. ข้อควรปฏิบัติสำหรับการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์
4. ควรเตรียมใจไม่เครียดเกินไป สิ้นใจเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก สามารถพยายามได้ทันที
5. หากมีอาการผิดปกติและมีเพศสัมพันธ์ควรรีบหยุดพัก และขอความช่วยเหลือ
6. สำหรับการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ควรเป็นไปอย่างช้าๆ ไม่รีบร้อน และควรมีการฉีกลูกอมก่อนทุกครั้ง เช่น กอด จูบ สัมผัส เป็นต้น

แผนการติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์เดียวโตการโทรผ่านโมไปสแอปพลิเคชัน

เรื่อง

การติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์

ผู้ติดตาม

นายจิรพงศ์ ศรีเทพ

ผู้ถูกติดตาม

ผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเสียชีวิตที่ได้รับการรักษาด้วยกายหายหลอดเลือดหัวใจ

แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตรัง

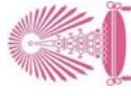
ระยะเวลา

สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 โดยการโทรผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ระยะเวลา 10-15 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสมรรถนะทางร่างกายและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ
2. เพื่อประเมินความไม่สบายใจและวิตกกังวลในการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์
3. เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าทางเพศ ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์
4. เพื่อให้ความรู้ คำแนะนำหรือคำปรึกษาเกี่ยวกับอัตโนมัติทางเพศ

วัตถุประสงค์	บทสนทนา	เกณฑ์การประเมิน
- เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สอนและผู้เรียน 1. เพื่อประเมินสมรรถนะทางร่างกายและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ 2. เพื่อประเมินความไม่สบายใจและวิตกกังวลในการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ 3. เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าทางเพศ	ผู้วิจัย : สวัสดิ์ศิริรับ ผมนาย จีรพงศ์ ศรีเทพ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันนี้ออนุญาตสอบถามเกี่ยวกับปัญหาทางเพศหลังเกิดภาวะกลืนเนื่อหัวใจตายเฉียบพลัน นะครับ ผู้ป่วย : ผู้วิจัย : ช่วงนี้เป็นอย่างไรบ้างครับ สามารถทำกิจกรรม/ทำงานอะไรได้บ้างครับ และมีอาการผิดปกติอะไรหรือไม่ ผู้ป่วย : ผู้วิจัย : ท่านกลับไปมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาหรือยังครับ - กรณีกลับไปมีเพศสัมพันธ์ เกิดอาการผิดปกติและอะไรบ้างหรือมีอะไรระหว่างมีเพศสัมพันธ์ - กรณีที่ยังไม่กลับไปมีเพศสัมพันธ์ ท่านมีความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจหรือไม่ครับ ผู้ป่วย : ผู้วิจัย : ท่านคิดว่ามีปัญหา อุปสรรค และสมรรถภาพทางเพศเป็นอย่างไรบ้างครับ ผู้ป่วย : ผู้วิจัย : ขอบคุณมากนะครับวันนี้ที่เสียสละการให้ข้อมูล ถ้ามีปัญหาหรือต้องการสอบถามอะไรเพิ่มเติม สามารถพิมพ์สอบถามมาได้ทั้งผ่านไลน์แอปพลิเคชัน และเบอร์โทรศัพท์นะครับ ผู้ป่วย :	



แผนการสอน

โปรแกรมการส่งเสริมอัตโนมัติผ่านทางเพศผ่านโมโนเอสแอลพีเคชันต่อการทำหน้าที่ทางเพศ

ในเพศชายที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

แผนการสอนเรื่อง

การส่งเสริมอัตโนมัติผ่านทางเพศต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้เรียน

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้สอน

นายจิรพงศ์ ศรีเทพพ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

วันที่สอน

วัน.....เดือน.....พ.ศ. 256 เวลา.....น. ระยะเวลา 45 นาที **สถานที่** แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด

ขอบเขตเนื้อหา

ผลกระทบจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีความวิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย เนื่องจากโรคหลอดเลือดและหัวใจและการรักษามีผลการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดในร่างกาย ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายรวมถึงบริเวณอวัยวะเพศลดลง นำไปสู่ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ชายทำให้การแข็งตัวของอวัยวะเพศไม่เพียงพอหรือไม่แข็งตัว และถึงจุดสุดยอดลดลง (Smith et al., 2021) ความเครียดทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเป็นการปรับตัวที่พบทั่วไปในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจและมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพ ทางเพศ นอกจากนี้ความกังวลเกี่ยวกับลดภัยภายหลังเหตุการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถนำไปสู่การหลีกเลี่ยงและการใกล้ชิด ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางเพศเปลี่ยนแปลงและความสัมพันธ์และความใกล้ชิดกับคู่ครองลดลง (Arenhall et al., 2018) ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยยังมีความต้องการทางเพศในระดับสูง (Smith et al., 2022) พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศหลายปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ สอดคล้องกับแนวคิดอัตโนมัติทางเพศ (Steinke et al., 2008) ดังนั้นการส่งเสริมอัตโนมัติทางเพศจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตโนมัติทางเพศในระดับสูงขึ้นทำให้การทำหน้าที่ทางเพศได้เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อให้ผู้ป่วย

- 1) มีความรู้ มีความเข้าใจถึงสาเหตุโรคลำไส้เนื้องอกหัวใจตายเฉียบพลัน การรักษา และการปฏิบัติตัวภายหลังจากหายหลอดเลือดหัวใจ
- 2) มีความตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้องอกหัวใจตายเฉียบพลันและผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางเพศ
- 3) มีแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศโดยใช้กรอบแนวคิดอัตโนมัติบนทางเพศ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้แล้ว ผู้ป่วยมีความสามารถ ดังนี้

- 1) อธิบายปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคลำไส้เนื้องอกหัวใจตายเฉียบพลัน การรักษาที่ได้รับ ยาที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ
การปฏิบัติตัวหลังหายหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้อง
- 2) บอกความหมายของอัตตมโนทัศน์ทางเพศได้ถูกต้อง
- 3) บอกปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง
- 4) บอกวิธีการประเมินความพร้อมของร่างกายในการกลับไปเริ่มเพศสัมพันธ์ และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศ และระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มกลับไปมีเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง
- 5) บอกวิธีการสังเกตอาการผิดปกติระหว่างมีเพศสัมพันธ์และการแก้ไขเบื้องต้นได้ถูกต้อง
- 6) บอกปัญหาทางอารมณ์ หรืออุปสรรคทางร่างกาย/จิตใจ และปัญหาทางเพศได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการเรียนรู้	การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ช่วย		
1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย	ขั้นนำ (5-10 นาที) ผลกระทบจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีผลต่อประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาโดยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่ผลจากพยาธิสภาพที่หลงเหลือและการรักษาที่ได้รับ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือดในร่างกาย รวมถึงการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนบริเวณอวัยวะเพศลดลง ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย ได้แก่ ทำให้การแข็งตัวของอวัยวะเพศไม่เพียงพอหรือไม่แข็งตัว และถึงจุดสุดยอดลดลง เกิดความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ลดลง เป็นต้น หากไม่ได้รับการประเมินปัญหา รวมถึงการให้ความรู้ คำแนะนำ และการแก้ไขปัญหาก็สามารถนำไปสู่ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ชายได้	- ผู้สอนกล่าว สวัสดิ์ผู้ช่วยและแนะนำตัวให้ผู้ช่วยทราบด้วยท่าทีสุภาพ และยิ้มแย้ม - สอบถามอาการทั่วไป เช่น อาการเจ็บหน้าอก และความผิดปกติของแผล - แจ้งผล	- ผู้ป่วยรับฟังวัตถุประสงค์ให้ผู้ช่วยทราบ และระยะเวลาในการสอน	- เตรียมสถานที่ สภาพแวดล้อมให้เหมาะสมมีความเป็นส่วนตัว	-ผู้ป่วยทราบและรู้จักผู้สอน มีสัมพันธภาพที่ดีและเกิดความไว้วางใจ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ของเนื้อหา			-ผู้ป่วยรับฟังวัตถุประสงค์ให้ผู้ช่วยทราบ		-ผู้ป่วยให้ความสนใจ และ ทราบวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ รวมถึงให้ความสนใจ

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการเรียนรู้	การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ช่วย		
3. ผู้ป่วยบอกปัจจัย เสี่ยงการเกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน การรื้อถอนที่ ได้รับ ยกที่มีผลต่อการ ทำหน้าที่ทางเพศ การ ปฏิบัติตัวหลังใส่ ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือด หัวใจ	ขั้นสอน (30 นาที) 1. ความหมาย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นที่มีการตาย ของกล้ามเนื้อหัวใจเกิดขึ้นในขณะที่มีการขาดเลือดของ กล้ามเนื้อหัวใจจากลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจอย่าง เฉียบพลัน อย่างน้อยต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 20 นาที 2. ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ 2.1 ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ - เพศ พบว่า เพศชายเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มากกว่าเพศหญิง 5-6 เท่าในช่วงอายุเดียวกัน เนื่องจาก เพศหญิงฮอร์โมนเพศหญิงช่วยป้องกันควบคุมระดับไขมัน ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ -อายุ พบมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยลง อยู่ในช่วง 35-39 โดยทั่วไปเพศชายมักเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ช่วงอายุ 35-60 ปี	-นำเข้าสู่บทเรียน โดยการนำเสนอ ความรู้โรค กล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน -ผู้สอนสอบถาม	- ผู้ป่วยตอบ คำถามเรื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ เกิดภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจ ตาย	- คู่มือการ ส่งเสริมอัตโนมัติ ทางเพศหน้าที่	- ผู้ป่วยตอบ คำถามเรื่องปัจจัย เสี่ยงที่ทำให้เกิด ภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจตาย - ปัจจัยที่แก้ไขได้ - ปัจจัยแก้ไข ไม่ได้ พร้อมยกตัวอย่าง

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการเรียนรู้	การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ช่วย		
4. เพื่อให้ผู้ป่วย ตระหนักถึง ความสำคัญของโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันและ ผลกระทบต่อการทำ หน้าที่ทางเพศ	- กรรมพันธุ์ พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบ พลันที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกัน เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจะมีความเสี่ยงมากขึ้น หากมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย เช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง . . . ผลกระทบจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เกิดความวิตก กังวล หรือภาวะซึมเศร้า และอาการหย่อนสมรรถภาพทาง เพศโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย เนื่องจากโรคหลอดเลือด และหัวใจและการรักษามีผลการเปลี่ยนแปลงของระบบ ไหลเวียนเลือดในร่างกาย ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยง ส่วนปลายรวมถึงบริเวณอวัยวะเพศลดลง ทำให้การแข็งตัว ของอวัยวะเพศไม่เพียงพอหรือไม่แข็งตัว และถึงจุดสุดยอด ลดลง	- ผู้สอนสอบถาม ถึงเป้าหมาย ความต้องการ ความถี่ และ ความสำคัญของ การมีเพศสัมพันธ์ สำหรับผู้ป่วย	- ผู้ช่วยบอก ความสำคัญของ การมี เพศสัมพันธ์ สำหรับผู้ป่วย ความถี่ ระดับ ความต้องการที่ ผู้ป่วยเกิดความ พึงพอใจ	- คู่มือการ ส่งเสริมอัตโนมัติ ทางเพศหน้าที่	- ผู้ป่วยมีเป้าหมาย และทราบระดับ ความต้องการทาง เพศ และมี แนวทางในการ ส่งเสริมความพึง พอใจทางเพศ

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการเรียนรู้	การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ช่วย		
5. ผู้ป่วยบอก ความสามารถใน การทํากิจกรรม หรือ กิจวัตรประจำวันเพื่อ ประเมินความพร้อม ของร่างกายสำหรับ การกลับไปเริ่มมี เพศสัมพันธ์ และ แนวทางการฟื้นฟู สมรรถภาพทางเพศ เพื่อส่งเสริมการทํากิจกรรม หน้าที่ทางเพศ	แนวทางการปฏิบัติของสมาคมโรคหัวใจแห่ง อเมริกาและยุโรป แนะนำว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันหลังทํากิจกรรมขยายหลอดเลือดสามารถมี เพศสัมพันธ์ได้ภายใน 1-2 สัปดาห์ หลังจำหน่ายกรณีไม่มี ภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้า เหนื่อย หรือความผิดปกติ บริเวณหลอดเลือดที่ทํากิจกรรม แต่ควรประเมินความพร้อม ของร่างกายก่อนมีเพศสัมพันธ์ เช่น เดินบนลู่วิ่งได้ระยะทาง 3.2 กิโลเมตรต่อชั่วโมง เดินระยะทางประมาณ 1.6 กิโลเมตร (2-3 ช่วงตึก) ในระยะเวลา 10-15 นาที หรือขึ้น-ลงบันได 2 ชั้นอย่างรวดเร็ว (20 ชั้นใน 10 วินาที) โดยไม่มีอาการเจ็บ หน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบ และการทํากิจกรรมสมรรถภาพ โดยการวิ่งสายพานซึ่งกิจกรรมดังกล่าวใช้พลังงานในระดับ ปานกลางถึงระดับสูง ในขณะที่การมีเพศสัมพันธ์ใช้พลังงาน ระดับปานกลาง ถ้าผู้ป่วยสามารถทํากิจกรรมดังกล่าวได้ การมีเพศสัมพันธ์ถือว่าปลอดภัย	- ผู้สอนสอบถาม ความสามารถใน การทํากิจกรรม หรือกิจวัตร ประจำวันเพื่อ ประเมินความพร้อม ของร่างกาย ผู้ป่วย สำหรับการ แนะนำการ กลับไปเริ่มมี เพศสัมพันธ์	- ผู้ป่วยบอก กิจกรรม หรือ กิจวัตรประจำ วันที่สามารถทําก ได้ -ผู้ป่วยบอกช่วง ระยะเวลาที่ เหมาะสมในการ เริ่มกลับไปมี เพศสัมพันธ์ได้	- คู่มือการ ส่งเสริมอัตโนมัติ ทางเพศหน้าที่ ตารางกิจกรรม เปรียบเทียบการใช้ พลังงานในระดับ ปานกลางเพื่อ ประเมินความ พร้อมทางร่างกาย	- ผู้ป่วยรับรู้ สมรรถภาพทาง ร่างกายและ สมรรถภาพทาง เพศสำหรับเริ่มมี เพศสัมพันธ์ -ผู้ป่วยระบุเวลาที่ เหมาะสมในการ เริ่มกลับไปมี เพศสัมพันธ์ได้ คือ 1-2 สัปดาห์ ในกรณีไม่มี ภาวะแทรกซ้อน และได้รับการ ประเมินความ พร้อม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อการเรียนรู้	การประเมินผล
		ผู้สอน	ผู้ช่วย		
	ขั้นสรุป (5 นาที) การมีอัตมโนทัศน์ทางเพศในระดับที่เหมาะสมจะช่วยให้คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ทางเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างคู่ครอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของมนุษย์ ดังนั้น การรับรู้ถึงสภาวะความสามารถของร่างกายโดยได้รับความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาในเรื่องเพศสัมพันธ์ ภายหลังเกิดภาวะกลืนไม่เข้าคายใจตาย การประเมินสมรรถภาพร่างกาย จะช่วยให้เกิดความมั่นใจสามารถกลับมาเริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย ลดความวิตกกังวลทางเพศ และป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่งผลสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วย และมีมุมมองในเรื่องเพศสัมพันธ์ของตนเองที่ดี	-ผู้สอนและผู้ช่วยช่วยกันสรุปสำคัญ -เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยซักถามหรือสิ่งที่ได้รับจากผู้สอน -ผู้สอนและผู้เรียนช่วยกันสรุปสาระสำคัญ	-คู่มือการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ	-ผู้ช่วยสรุปแนวทางการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศในประเด็นทางเพศที่เกี่ยวข้องได้ เช่น การประเมินความพร้อมและระยะเวลาที่สามารถเริ่มในการกลับไปมีเพศสัมพันธ์ -ได้รับคู่มือการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ	



ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและตารางวิเคราะห์เพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 6 ระดับคะแนนอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ประเมินเพื่อคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (ก่อนทดลอง)	กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. คุณมี ความมั่นใจ มากน้อยแค่ไหนที่จะสามารถคงสภาพการแข็งตัวของอวัยวะเพศ	3.86	0.63	3.81	0.58
2. เมื่อมีการกระตุ้นทางเพศจนอวัยวะเพศแข็งตัว บ่อยครั้ง แค่ไหน ที่อวัยวะเพศแข็งตัวอยู่ได้หลังจากมีการสอดใส่ได้	4.63	0.49	4.45	0.50
3. ระหว่างมีเพศสัมพันธ์ บ่อยครั้งแค่ไหน ที่ท่านจะคงการแข็งตัวอยู่ได้หลังจากที่ได้มีการสอดใส่แล้ว	4.63	0.49	4.95	0.21
4. ระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ยากแค่ไหน ที่ท่านจะคงการแข็งตัวของอวัยวะเพศจนมีเพศสัมพันธ์สำเร็จ	4.59	0.50	4.54	0.50
5. เมื่อท่านมีเพศสัมพันธ์ บ่อยครั้งแค่ไหน ที่ท่านมีความรู้สึกพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์	4.95	0.21	4.72	0.45
รวมระดับคะแนน	22.66	2.32	22.47	2.24

จากตารางที่ 6 ระดับคะแนนอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือดเพื่อคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง $\bar{X} = 22.66$ (SD = 2.32) และกลุ่มควบคุม $\bar{X} = 22.47$ (SD=2.24)

ตารางที่ 7 คะแนนการทำหน้าที่ทางเพศของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม (n=22)						กลุ่มทดลอง (n=22)				
คู่ที่	อายุ	ประเภทยา	คะแนน IIEF			อายุ	ประเภทของยา	คะแนน IIEF		
			ก่อน	หลัง	$\bar{d}$			ก่อน	หลัง	$\bar{d}$
1	39	ไม่ได้รับยา	64	24	-40	37	ไม่ได้รับยา	68	69	1
2	44	ไม่ได้รับยา	62	22	-40	44	ไม่ได้รับยา	62	65	3
3	53	ไม่ได้รับยา	65	25	-40	51	ไม่ได้รับยา	75	75	0
4	47	ไม่ได้รับยา	67	62	-5	48	ไม่ได้รับยา	68	73	5
5	37	Beta-blockers	70	62	-8	39	Beta-blockers	68	71	3
6	46	Beta-blockers	56	56	0	48	Beta-blockers	60	66	6
7	42	Beta-blockers	60	58	-2	47	Beta-blockers	74	73	-1
8	43	ไม่ได้รับยา	66	61	-5	47	ไม่ได้รับยา	65	70	5
9	57	ไม่ได้รับยา	56	21	-35	56	ไม่ได้รับยา	65	68	3
10	45	ไม่ได้รับยา	62	24	-38	46	ไม่ได้รับยา	66	67	1
11	56	ไม่ได้รับยา	62	22	-40	51	ไม่ได้รับยา	58	62	4
12	41	ไม่ได้รับยา	65	24	-41	48	ไม่ได้รับยา	67	67	0
13	54	Beta-blockers	63	57	-6	55	Beta-blockers	63	68	5
14	50	Beta-blockers	60	54	-6	50	Beta-blockers	66	67	1
15	50	ไม่ได้รับยา	58	22	-36	54	ไม่ได้รับยา	58	60	2
16	50	ไม่ได้รับยา	60	54	-6	53	ไม่ได้รับยา	60	61	1
17	49	ไม่ได้รับยา	62	61	-1	41	ไม่ได้รับยา	62	70	8
18	43	ไม่ได้รับยา	55	17	-38	49	ไม่ได้รับยา	62	66	4
19	54	ไม่ได้รับยา	58	19	-39	59	ไม่ได้รับยา	60	61	1
20	46	Beta-blockers	59	58	-1	48	Beta-blockers	60	64	4
21	49	Beta-blockers	54	54	0	47	Beta-blockers	59	65	6
22	52	Beta-blockers	57	59	-2	57	Beta-blockers	63	68	5

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 22 คู่ อยู่ในช่วงวัย 30-39 ปี จำนวน 4 คู่ ช่วงวัย 40-49 ปี จำนวน 20 คู่ และ ช่วงวัย 50-59 ปี จำนวน 18 คู่ พบว่ามีการใช้ประเภทของยารักษาโรคหัวใจในกลุ่ม Beta-blockers จำนวน 8 คู่



ตารางที่ 8 คะแนนเฉลี่ยอัตมโนทัศน์ทางเพศของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพศชายที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์ แอปพลิเคชัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=22)

คะแนนอัตมโนทัศน์ทางเพศ	ก่อนทดลอง (n=22)		หลังทดลอง (n=22)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ความพึงพอใจทางเพศ				
1. ฉันรู้สึกพึงพอใจกับความต้องการทางเพศของฉัน	4.36	0.49	4.59	0.50
2. ฉันพึงพอใจกับการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์จากคู่อุปการของฉัน	4.13	0.63	4.36	0.49
3. การมีกิจกรรมทางเพศกับคู่อุปการสร้างความพึงพอใจแก่ฉัน	4.18	0.66	4.68	0.47
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ				
4. ฉันสามารถที่จะตอบสนองความต้องการทางเพศที่ฉันต้องการได้	3.90	0.61	4.45	0.50
5. ฉันมีความสามารถมากพอที่จะทำให้ความต้องการทางเพศของฉันได้รับการตอบสนอง	4.13	0.63	4.54	0.50
6. ฉันสามารถที่จะทำกิจกรรมทางเพศกับคู่อุปการจนถึงจุดสุดยอดได้	4.18	0.66	4.72	0.45
7. ฉันสามารถที่จะจัดการกับความต้อการทางเพศด้วยตนเอง	4.00	0.43	4.27	0.45
ความวิตกกังวลทางเพศ				
8. ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่จะมีกิจกรรมทางเพศ	3.09	0.75	4.22	0.42
9. ฉันรู้สึกกลัดกลุ้มใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	3.18	0.85	4.22	0.42
10. บ่อยครั้งที่การคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉันทำให้ฉันรู้สึกไม่สบายใจ	3.45	0.73	4.27	0.45
11. ฉันรู้สึกเครียดเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	3.63	0.90	4.31	0.47
12. ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	3.90	0.68	4.36	0.49
13. ฉันรู้สึกหวั่นไหวเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	4.22	0.42	4.54	0.50

คะแนนอัตมโนทัศน์ทางเพศ	ก่อนทดลอง (n=22)		หลังทดลอง (n=22)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ภาวะซึมเศร้าทางเพศ				
14. ฉันรู้สึกผิดหวังกับสมรรถภาพในการมีเพศสัมพันธ์ของฉัน	4.22	0.42	4.77	0.42
15. ฉันรู้สึกหม่นก่ำใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	4.59	0.50	4.59	0.50
16. ฉันรู้สึกเป็นคนไร้สมรรถภาพทางเพศ	4.09	0.61	4.86	0.35
17. ฉันรู้สึกเศร้าเมื่อคิดถึงประสบการณ์ทางเพศภายหลังเป็นโรคหัวใจ	4.36	0.49	4.59	0.50
รวมคะแนนทั้งหมด	67.61	10.46	76.34	7.88

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินอัตมโนทัศน์ทางเพศในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศผ่านโมบายล์แอปพลิเคชันก่อนได้รับโปรแกรม $\bar{X} = 67.61$ (SD = 10.46) และภายหลังการได้รับโปรแกรม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น $\bar{X} = 76.34$ (SD = 7.88) ซึ่งผ่านเกณฑ์กำกับการทดลองร้อยละ 80

ตารางที่ 9 การทดสอบค่าการกระจายข้อมูลระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศ ก่อนและหลังในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

Tests of Normality						
กลุ่มควบคุม	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ก่อนทดลอง	.099	22	.200 [*]	.979	22	.898
หลังทดลอง	.293	22	<.001	.764	22	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางที่ 9 พบว่า การกระจายข้อมูลของระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศ ก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า sig = .898 แปลว่า มีการกระจายข้อมูล ในขณะที่หลังการทดลองได้ค่า sig = <.001 จึงนำไปทดสอบทดสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติของตัวแปรที่ศึกษาด้วยค่าดัชนีความเบ้ (Skewness) และ ค่าดัชนีความโด่ง (Kurtosis) พบว่า Kurtosis = -1.76 และ Skewness = -2.00 Ciper (2017) ระบุค่าปกติ Kurtosis และ Skewness เท่ากับ -2 ถึง +2 จึงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ว่าข้อมูลมีการกระจายข้อมูลแบบปกติ

ตารางที่ 10 การทดสอบค่าการกระจายข้อมูลระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศ ก่อนและหลังในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

Tests of Normality							
กลุ่มทดลอง		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IIEF	ก่อนทดลอง	.134	22	.200 [*]	.920	22	.075
score	หลังทดลอง	.093	22	.200 [*]	.974	22	.803

a. Lilliefors Significance Correction

จากตารางที่ 10 พบว่า การกระจายข้อมูลของระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk test ได้ค่า sig = .075 และ sig = .803 แปลว่า มีการกระจายข้อมูลแบบปกติ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังในกลุ่มทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Dependent t-test ($n_1=n_2=22$)

กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

Paired Samples Statistics				
		Mean	N	Std. Deviation
Pair 1	PREกลุ่มทดลอง IIEF	64.05	22	4.695
	POSTกลุ่มทดลอง IIEF	67.09	22	4.034

Paired Samples Test										
		Paired Differences					t	df	Significance	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				One-Sided p	Two-Sided p
					Lower	Upper				
Pair 1	IIEFscore	3.04	2.360	.503	1.999	4.092	6.05	21	<.001	<.001
	Post_ทดลอง	5					3			
	– IIEFscore Pre_ทดลอง									

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำหน้าที่ทางเพศก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test ($n_1=n_2=22$)

Tests of Normality							
Group		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IIEF score	กลุ่มควบคุม	.099	22	.200*	.979	22	.898
Pre	กลุ่มทดลอง	.134	22	.200*	.920	22	.075

a. Lilliefors Significance Correction

คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
						Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
		F	Sig.	t	df	p	p				
Pre_IIEF score	Equal variances assumed	.240	.627	2.306	42	.013	.026	3.091	1.340	.386	5.796
	Equal variances not assumed			2.306	41.445	.013	.026	3.091	1.340	.385	5.797

Tests of Normality

Group		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IIEF score	กลุ่มควบคุม	.293	22	<.001	.764	22	<.001
pre	กลุ่มทดลอง Post	.093	22	.200 [*]	.974	22	.803

a. Lilliefors Significance Correction

คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Differ ence	Std. Error Differ ence	95% Confidence Interval of the Difference	
						One- Side d p	Two- Side d p			Lower	Upper
Post _IIEF score	Equal variances assumed	288.1 41	<.001	6.28 8	42	<.00 1	<.00 1	25.45 5	4.048	17.285	33.624
	Equal variances not assumed			6.28 8	22.9 81	<.00 1	<.00 1	25.45 5	4.048	17.080	33.829

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายจิรพงศ์ ศรีเทพ
วัน เดือน ปี เกิด	16 มิถุนายน 2530
สถานที่เกิด	จังหวัดตรัง
วุฒิการศึกษา	- มัธยมศึกษา : โรงเรียนห้วยยอด จังหวัดตรัง - ปริญญาตรี : พยาบาลศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2553 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง รุ่นที่ 18 (เหรียญทอง) สมทบ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกียรตินิยมอันดับ 2) - กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี การศึกษา 2564
ที่อยู่ปัจจุบัน	132/17 หมู่บ้านสิรินธรตรัง หมู่ 10 ตำบล โคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง 92000
ผลงานตีพิมพ์	บทความวิชาการ เรื่อง การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันเพศชายภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ : กรณีศึกษา วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ ปีที่ 30 เล่มที่ 1 ฉบับเดือนมกราคม-เมษายน 2567