

การสำรวจความรู้และเจตคติต่ออาการหลังเร็ว
กรณีศึกษาผู้ใช้บริการคลินิกชาย

นายมนตรี จันทศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเกษตรศาสตร์ (สหสาขาวิชา)
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

A SURVEY OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARD PREMATURE EJACULATION:
A CASE STUDY OF CLIENTS AT MEN'S CLINIC

Mr. Montree Jansri

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

(Interdisciplinary Program)

Graduate School

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การสำรวจความรู้และเจตคติต่ออาการหลังเร็ว :
	กรณีศึกษาผู้ใช้บริการคลินิกชาย
โดย	นายมนตรี จันทร์ศรี
สาขาวิชา	เภสัชศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชัย วสุรัตน์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา ยามะรัต

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรพจน์ เปี่ยมสมบุญ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ สุานีพานิชกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชัย วสุรัตน์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา ยามะรัต)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มานพชัย ธรรมคันโธ)

มนตรี จันทศรี: การสำรวจความรู้และเจตคติต่ออาการหลังเร็ว: กรณีศึกษาผู้ใช้บริการ
 คลินิกชาย. (A SURVEY OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARD PREMATURE
 EJACULATION : A CASE STUDY OF CLIENTS AT MEN'S CLINIC) อ.ที่ปรึกษา
 วิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. นพ.อภิชัย วสุรัตน์, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: ผศ. ดร.เขมิกา
 ยามะรัต, 91 หน้า.

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติของชายที่มีต่ออาการหลังเร็ว และศึกษา
 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วของชายที่มาใช้บริการ ณ คลินิก
 ชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก)
 กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข อายุ 18- 59 ปี จำนวน 356 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วย
 การตอบแบบสอบถามที่เขียนตอบด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว
 ในระดับน้อย 58.4% เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว แหล่งข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่
 (45.7%) รับจากอินเทอร์เน็ต รองลงมาคือเพื่อน/คนรู้จัก (42.8%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
 ความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็วคือ ระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์ในทางบวก
 ระดับน้อย ($\beta=.20, p<0.001$) การรับรู้ข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์
 ในทางบวกระดับน้อย ($\beta=.16, p<0.001$) เจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์ในทางบวก
 ระดับปานกลาง ($\beta=.47, p<0.001$) และตัวแปรทั้ง 3 ตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
 กับคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว ร่วมอธิบายคะแนนความรู้อาการหลังเร็วได้ 33% ($R =$
 $.57, R^2 = .33$) เจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเจตคติเฉลี่ย 35.8
 คะแนน ส่วนใหญ่ (55.3%) มีเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
 เจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วคือ อายุ มีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับน้อย ($\beta=.12, p<0.05$) การ
 รับรู้ข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับน้อย ($\beta=.12,$
 $p<0.05$) ความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับปานกลาง ($\beta=.49,$
 $p<0.001$) และตัวแปรทั้ง 3 ตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคะแนนเจตคติที่มีต่อ
 อาการหลังเร็ว ร่วมอธิบายเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วได้ 30% ($R = .55, R^2 = .30$)

สาขาวิชา เพศศาสตร์ ลายมือชื่อนิติ.....
 ปีการศึกษา 2554 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5187234420 : MAJOR HUMAN SEXUALITY

KEYWORDS : KNOWLEDGE / ATTITUDE / PREMATURE EJACULATION / SEXUAL HEALTH

MONTREE JANSRI : A SURVEY OF KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARD PREMATURE EJACULATION: A CASE STUDY OF CLIENTS AT MEN'S CLINIC.

ADVISOR : ASST. PROF. APICHAJ VASURATNA, Ph.D, CO-ADVISOR : ASST. PROF. KHEMIKA YAMARAT, Ph.D, 91 pp.

The aims of this research were to study the knowledge, attitudes toward premature ejaculation and evaluate the associated with premature ejaculation among clients of men's clinic in STI Division Bureau of AIDS/TB/STIs Department of Disease Control (Bang Ruk) . The sample included 356 men aged 18 to 59 selected by simple random sampling. The data were collected by using a self-reported questionnaire and analyzed by multiple regression analysis. The study results: 1) Subjects have average ages are 35.1 ± 1.07 years old, 56.7% are single, 47.8% are high school level of education. 2) 51.1 % have low level of knowledge toward PE, 58.4% had been received data about premature ejaculation and 45.7% receives source of premature ejaculation information from internet, 42.8% from friends. The factors which associated with knowledge are the level of education higher than high school ($\beta=.20, p<0.001$), have been received information of PE ($\beta=.16, p<0.001$) and attitude of PE ($\beta=.47, p<0.001$) which these factors have positively and significantly correlated with knowledge toward PE ($R=.58, R^2=.33, p<.001$). 3) 55.3% have low level of attitudes toward PE. The factors which associated with knowledge are ages ($\beta=.12, p<0.05$), receives information of PE ($\beta=.12, p<0.05$) and knowledge of PE ($\beta=.49, p<0.001$) which these factors have positively and significantly correlated with attitudes toward PE ($R=.55, R^2=.30, p<0.001$).

Field of Study : Human Sexuality Student's Signature

Academic Year : 2011 Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชัย วสุรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา ยามะรัต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้แนวคิด หลักการ คำแนะนำ ความรู้ในการวิเคราะห์วิจัย อันเป็นพื้นฐานการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งการตรวจทาน ต้นฉบับ และให้คำแนะนำในการปรับแก้วิทยานิพนธ์ จนสามารถพัฒนาให้เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล ที่กรุณามาเป็น ประธานสอบ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์มานพชัย ธรรมคันโธที่กรุณามาเป็นกรรมการ ภายนอกมหาวิทยาลัย ในการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล ศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เขียมสุภาษิต และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิริยาภรณ์ อุดมระติ ที่กรุณาตรวจสอบ แบบสอบถาม ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาในการปรับปรุงแก้ไขจนสำเร็จ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประจำหลักสูตรแพศศาสตร์ ที่คอยให้คำปรึกษาในการเรียน การสอน และอำนวยความสะดวกในการประสานงานเกี่ยวกับหลักสูตรตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมทั้งขอขอบคุณ พี่ๆเพื่อนๆ นิสิตปริญญาโท สหสาขาวิชาแพศศาสตร์ ที่ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบพระคุณ The Higher Education Research Promotion and National Research University Project of Thailand (Project AS1148A) ซึ่งเป็นผู้ให้ทุนในการตีพิมพ์ผลงานการวิจัย ลงในวารสาร Journal of Health Research

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และครอบครัว ที่คอยให้กำลังใจ และสนับสนุน ลูกในทุกๆอย่าง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญรูป	ญ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของงานวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	3
ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
แนวคิดและทฤษฎีของความรู้ (Knowledge)	5
แนวคิดและทฤษฎีของเจตคติ (Attitude)	7
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการหลังเร็ว (Premature Ejaculation).....	13
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย	43
รูปแบบการวิจัย	43
ประชากรที่ศึกษา	43
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)	48

บทที่	หน้า
เกณฑ์การคัดเลือกออกจากศึกษา (Exclusion Criteria)	49
จริยธรรมในการวิจัย	49
วิธีดำเนินการวิจัย	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
การประมวลผลข้อมูล	50
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	51
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	65
รายการอ้างอิง	74
ภาคผนวก	80
ภาคผนวก ก	81
ภาคผนวก ข	82
ภาคผนวก ค	83
ภาคผนวก ง	84
ภาคผนวก จ	89
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	91

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ตารางแสดงช่วงเวลาการทำงานของคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก)...	45
ตารางที่ 2	ตารางแสดงลำดับผลึกที่สุ่มจับได้ วัณและช่วงเวลาในการเก็บ ข้อมูล ที่คลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก).....	45
ตารางที่ 3	แสดงการให้คะแนนกับแบบสอบถามการวัดเจตคติ.....	51
ตารางที่ 4	จำนวน และร้อยละของลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง.....	53
ตารางที่ 5	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว จำแนกรายชื่อ (n=356).....	54
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละ ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n=356).....	56
ตารางที่ 7	จำนวน และร้อยละของลักษณะการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ อาการหลังเร็ว.....	56
ตารางที่ 8	ระดับความรู้จำแนกตามกับการได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหา เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว.....	57
ตารางที่ 9	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความคิดเห็นด้านเจตคติต่ออาการ หลังเร็วจำแนกรายชื่อ(n=356).....	58
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละ ระดับเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง(n=356).....	60
ตารางที่ 11	ผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา.....	62
ตารางที่ 12	ผลวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เกี่ยวกับอาการหลังเร็วของกลุ่มตัวอย่าง.....	63
ตารางที่ 13	ผลวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่อ อาการหลังเร็วของกลุ่มตัวอย่าง.....	64

สารบัญรูป

	หน้า
รูปที่ 1	แสดงแผนภูมิปฏิกิริยาของคู่สมรสต่อการหลังน้ำกามเร็วของฝ่ายชาย..... 17
รูปที่ 2	แสดงวงจรการตอบสนองทางเพศในเพศชาย..... 19
รูปที่ 3	แสดงการบีบที่ปลายคองคชาติ (squeeze technique)..... 32

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (Basic Needs) ต้องอิงอาศัยปัจจัย 4 อย่าง คือ 1)อาหาร 2)เครื่องนุ่งห่ม 3)ยารักษาโรค และ4)ที่อยู่อาศัย เป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตมนุษย์สามารถเติบโตและอาศัยบนโลกนี้ได้ แต่ยังคงมีความต้องการอื่นๆ ซึ่งเป็นปัจจัยในการส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของมนุษย์นั้นดีขึ้นในสังคมแต่ละสังคมด้วย ซึ่ง Abraham Maslow (อ้างถึงใน สุชา จันทรเฒ, 2542) นักจิตวิทยาชาวอเมริกา ได้กล่าวถึงความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ไว้ว่า “ความปรารถนาของมนุษย์นั้นติดตัวมาแต่กำเนิดและความปรารถนาเหล่านี้จะเรียงลำดับขั้นของความปรารถนา ตั้งแต่ขั้นแรกไปสู่ความปรารถนาขั้นสูงขึ้นไปเป็นลำดับ” ซึ่งความต้องการของมนุษย์ที่สำคัญประการหนึ่งนั้นคือความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย (Physiological needs) ว่า ความต้องการทางเพศ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความอยู่รอดของร่างกายและของอินทรีย์

ความต้องการทางเพศอยู่ภายใต้แรงขับทางเพศ (สิริอร วิชชสฤ, 2550) อันก่อให้เกิดกิจกรรมทางเพศหรือเพศสัมพันธ์ เป็นกระบวนการลดแรงขับให้เข้าสู่ภาวะที่เป็นปกติ โดยในความเป็นจริงแล้วการมีกิจกรรมทางเพศของมนุษย์นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อการสืบต่อและดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ให้มีต่อไปในอนาคต แต่ผลทางอ้อมที่เกิดขึ้นด้วยนั้นคือความสุขที่ได้จากการมีเพศสัมพันธ์ ผลพลอยได้นี้กลายเป็นสิ่งที่มนุษย์ปรารถนามากเสียยิ่งกว่าเหตุผลอื่น เพศสัมพันธ์ของมนุษย์กระทำบ่อยครั้งในวัยเจริญพันธุ์โดยเฉพาะเพศชาย ซึ่งมีการคำนวณว่าทุกๆ วันทั่วโลกมีการร่วมเพศถึง 120 ล้านครั้ง ในประเทศอังกฤษมีรายงานว่าตลอดชีวิตคู่สมรสจะมีการร่วมเพศโดยเฉลี่ย 2,587 ครั้งโดยเฉลี่ย (เอนก อารีพรค, 2548)

ภาวะความบกพร่องของการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ชาย เป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและความสัมพันธ์ ปัญหาหนึ่งที่พบได้ในผู้ชายคือความบกพร่องของการหลั่งน้ำกาม (Ejaculatory disorders) ซึ่งที่พบได้บ่อยที่สุดคือ การหลั่งน้ำกามเร็ว(Premature ejaculation) ที่คนทั่วไปให้นิยามว่า “นกกระจอกไม่ทันกินน้ำ” หรือ “ลุ่มปากอ่าว” (สุวิทนา อารีพรค, 2550) โดยผู้ที่มีปัญหานี้จะไม่สามารถควบคุมการหลั่งน้ำกามของตนไว้ได้ เมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศเพียงเล็กน้อย บางครั้งหลังก่อนที่จะมีการสอดใส่ หรือบางรายทันทีที่สอดใส่อวัยวะเพศ ทำให้ทั้งชายและหญิงไม่ได้รับความสุขจากการร่วมเพศเท่าที่ควร สำหรับอุบัติการณ์ของภาวะนี้มีรายงานไว้โดยเฉลี่ย

ประมาณร้อยละ 30-40 ของผู้ชาย (เอนก อารีพรรค, 2548) ในต่างประเทศได้มีการสำรวจถึงภาวะอาการหลังเร็ว โดยมีรายงานผลการสำรวจชายที่มีอายุ 18-70 ในประเทศ สหรัฐอเมริกา เยอรมันนี และอิตาลี รวมทั้งสิ้นจำนวน 12,133 คน พบว่ามีผู้ที่มีอาการหลังเร็วถึง 2,754 คนหรือร้อยละ 22.7 (Hartmut Porst et al. , 2006) อีกการสำรวจหนึ่งใน 5 ประเทศได้แก่ ฝรั่งเศส เยอรมันนี อังกฤษ อิตาลี และ โปแลนด์ อาการหลังเร็วในชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป จากตัวอย่างคู่สามีภรรยา 1,115 คู่ มีจำนวน 201 คู่ หรือร้อยละ 18.0 ที่ประสบปัญหาอาการหลังเร็ว (Francois Giuliano et al., 2007)

อาการหลังเร็วอาจเกิดขึ้นตั้งแต่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ความสามารถควบคุมการหลังน้ำกามเป็นความภาคภูมิใจของผู้ชายส่วนใหญ่ แต่เมื่ออาการหลังเร็วเกิดขึ้นแล้วไม่ว่าจะอายุเท่าไรก็ตามหากเกิดเหตุการณ์นี้ต่อหน้าคู่ของตนเอง ก็จะทำให้เกิดความสูญเสียความมั่นใจและความ เป็นชายของตน รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับคู่ของตนเองด้วยนับตั้งแต่สุขภาพจิต ที่อาจจะยึดติดคิดว่า เป็นปมด้อยของตนเอง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างกันที่ไม่ราบรื่น และปัญหาทางเพศอื่นที่เกิดขึ้นตามมา (สุวิทนา อารีพรรค, 2550) การที่ผู้ชายมีความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็วจะทำให้สามารถ เข้าใจถึงสาเหตุ การประเมินตนเอง รวมถึงการแสวงหากระบวนการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการสร้างเจตคติที่ดีต่ออาการหลังเร็วได้ด้วยว่าไม่ใช่ปัญหาที่ไร้หนทางการแก้ไข

ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่ศึกษาผู้ชายว่ามีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับอาการหลังเร็วอย่างไร และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้และเจตคติที่เกี่ยวข้องกับอาการหลังเร็วของชาย เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ ระดับความรู้และแหล่งที่มาของความรู้ของชายเรื่องอาการหลังเร็ว
2. เพื่อศึกษาเจตคติของชายที่มีต่ออาการหลังเร็ว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของชายที่มีต่ออาการหลังเร็ว

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ มุ่งศึกษาถึงความรู้และเจตคติของผู้ชายที่มีต่ออาการหลังเร็ว โดยจะศึกษาประชากรชายที่มีอายุ 18-59 ปี และเป็นผู้ที่มาใช้บริการ คลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค

และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข
ในเดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ.2555

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการหลังเร็ว (Premature Ejaculation: PE) หมายถึง อาการหลังน้ำกามในระยะเวลาที่เร็วกว่าหรือเท่ากับ 1 นาที (Waldinger and Schweitzer, 2006a อ้างถึงใน Waldinger MD., 2007) และไม่มีความพึงพอใจในระยะเวลาที่ควบคุมการหลังของตนเองตลอดระยะเวลาการมีเพศสัมพันธ์ และมีปัญหาเกี่ยวกับตนเองเนื่องจากอาการหลังเร็ว (American Psychiatric Association, 2000)

ผู้ใช้บริการคลินิกชาย หมายถึง เพศชายที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ามาขอรับบริการบริการจากทางคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) กรุงเทพมหานครในเดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ.2555

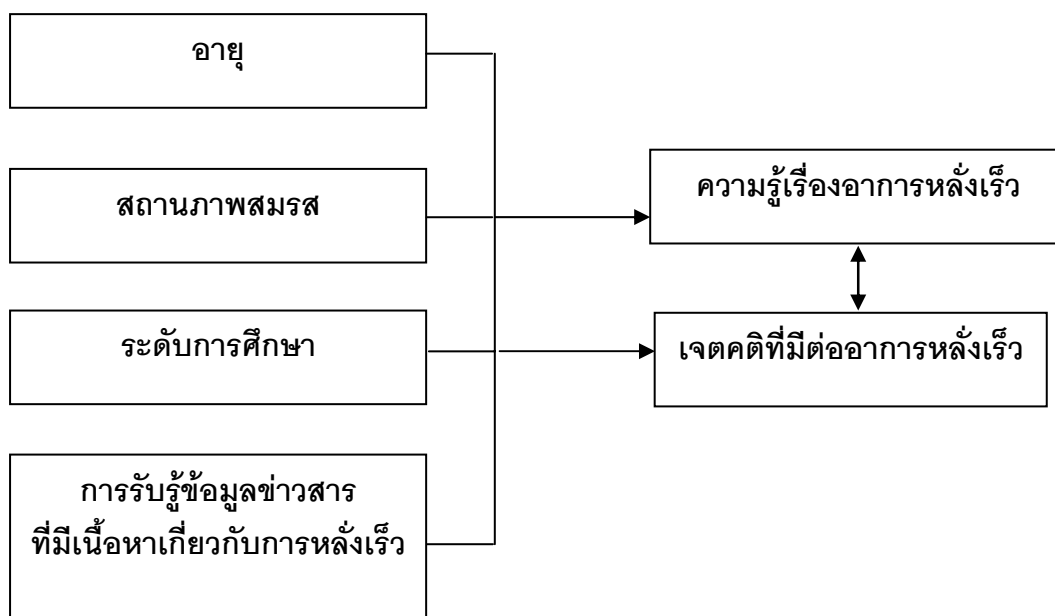
ความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการหลังเร็วที่ถูกต้อง ในเรื่องสาเหตุ การวินิจฉัยและการดูแลรักษา

เจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ รวมถึงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่ออาการหลังเร็วในแง่บวก (Positive) อันได้แก่ การยอมรับ หรือเห็นด้วยในผลกระทบของอาการหลังเร็ว ส่วนในแง่ลบ (Negative) อันได้แก่ การไม่ยอมรับ หรือไม่เห็นด้วยในผลกระทบของอาการหลังเร็ว

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อให้ทราบเจตคติที่มีต่อของอาการหลังเร็วของชาย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว รวมถึงการเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม
3. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลการช่วยเหลือ คำปรึกษา แหล่งบริการการรักษาแก่ผู้ที่มีความคิดว่าตนเองมีอาการหลังเร็ว
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การสำรวจความรู้และเจตคติเกี่ยวกับอาการหลังเร็วที่มีของชายไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ในประเด็นของ

1. แนวคิดและทฤษฎีความรู้ (Knowledge)

2. แนวคิดและทฤษฎีของเจตคติ (Attitude)

3. แนวความคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว (Premature Ejaculation) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของการตอบสนองทางเพศ นอกจากนี้แล้วยังได้ศึกษาถึงสาเหตุ อาการ การวินิจฉัยโรค กลไกการเกิดอาการ รวมถึงแนวทางในการรักษาและการปฏิบัติต่อผู้ที่เกิดอาการ สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยและศึกษาประเด็นเกี่ยวกับการสำรวจความชุกอาการหลังเร็ว กระบวนการวินิจฉัย ผลกระทบของอาการหลังเร็ว รวมถึงกระบวนการรักษาอาการหลังเร็วด้วยวิธีการต่างๆ

แนวคิดและทฤษฎีของความรู้ (Knowledge)

ความหมายของความรู้

Bloom (1975, อ้างถึงใน พฤษชา บุคบุญ, 2549) ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะหรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธีการ กระบวนการต่างๆ หรือสถานการณ์ด้านต่างๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของความรู้นั้น ย้ำในเรื่องกระบวนการคิดทางจิตวิทยาของความจำในการเชื่อมโยงจัดระบบใหม่

Good (1973, อ้างถึงใน พฤษชา บุคบุญ, 2549) ให้ความหมายของความรู้ว่าความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับ และเก็บรวบรวมสะสมไว้

สุชา จันท์ธอม และสุรางค์ จันท์ธอม (2524) อธิบายไว้ว่า ความรู้ความเข้าใจเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง คนเรามีความรู้ความเข้าใจแตกต่างกันไป และความรู้ความเข้าใจเป็นส่วนหนึ่งของเจตคติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้ซึ่งรวมประสบการณ์ต่างๆ ที่เคยได้รับรู้ เช่น ความรู้เฉพาะอย่าง ความรู้เกี่ยวกับ

วิถีทางและการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งเฉพาะ ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้าง ความรู้ เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป

จึงสามารถสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริงที่เกิดจากความจำความเข้าใจ และโครงสร้างที่ได้จากการศึกษา หรือประสบการณ์ที่มนุษย์ได้รับและสะสมไว้ ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมขั้นต้น

ระดับของความรู้

Bloom และ Caploom (1975, อ้างถึงใน พฤษภา บุญญา, 2549) ได้ทำการศึกษาและจำแนกพฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) แบ่งออกเป็น 6 ระดับ โดยเรียงลำดับจากพฤติกรรมที่ง่ายไปหาพฤติกรรมที่ยาก ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถในการจำหรือรู้สึกได้ แต่ไม่ใช่การใช้ความเข้าใจไปตีความหมายในเรื่องนั้น ๆ ความรู้เกี่ยวกับเนื้อเรื่องจึงเป็นข้อเท็จจริง

2. ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง ความสามารถจับใจความสำคัญของเรื่องราวต่างๆ ได้ ทั้งในด้านภาษา รหัส สัญลักษณ์ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม แบ่งเป็นการแปลความ การตีความ การขยายความ

3. การนำไปใช้ (Application) หมายถึง ความสามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสบมา เช่น แนวคิด ทฤษฎีต่างๆ ไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือนำไปแก้ปัญหาตามสถานการณ์ต่างๆ ได้

4. การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวออกเป็น ส่วนประกอบย่อย เพื่อมองความสัมพันธ์ อย่างชัดเจนและมีคุณภาพสูง

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่างๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างใหม่ มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูง

6. การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง การวินิจฉัย หรือการตีความอย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการตัดสินว่าอะไรดีไม่ดียังไร โดยมีเกณฑ์และมาตรฐานที่เชื่อถือได้ โดยอาศัยข้อเท็จจริงภายในและภายนอก

การวัดระดับความรู้

ศุภกนิษฐ์ พลไพรินทร์ (2540) กล่าวว่า การวัดความรู้ คือ การวัดระดับความจำ ความสามารถในการคิด เข้าใจกับข้อเท็จจริงที่ได้รับจากการศึกษาและประสบการณ์เดิม โดยผ่านการรวบรวมและสะสมไว้ ซึ่งสามารถทดสอบได้ด้วยแบบทดสอบที่ดี ที่ผ่านคุณภาพแล้ว และแยกคนที่มีความรู้กับไม่มีความรู้ออกจากกันได้ระดับหนึ่ง

ไพศาล หวังวานิช (2526) กล่าวว่า การวัดความรู้ การวัดความสามารถในการระลึกเรื่องราว ข้อเท็จจริงหรือประสบการณ์ต่าง ๆ หรือเป็นการวัดการระลึกประสบการณ์เดิมที่บุคคลได้รับคำสอนการบอกกล่าว การฝึกฝนของผู้สอน รวมทั้งจากตำรา จากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ด้วยมาตรวัดความรู้ที่แบ่งออกเป็น 3 ชนิด

1. ความรู้ในเนื้อเรื่อง เป็นรายละเอียดของเนื้อหาข้อเท็จจริงต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยคำถามประเภทต่างๆ เช่น ศัพท์ นิยาม กฎ ความจริงหรือรายละเอียดของเนื้อหาต่างๆ
2. ความรู้ในวิธีการดำเนินการ เป็นการถามวิธีการปฏิบัติต่างๆ แบบแผนประเพณี ขั้นตอนของการปฏิบัติทั้งหลาย เช่น ถามระเบียบแบบแผน แนวโน้มการจัดประเภทและหลักเกณฑ์ต่างๆ
3. ถามความรู้รวบยอด เป็นการถามความสามารถในการจดจำข้อสรุป หรือหลักการของเรื่องที่เกิดจากการผสมผสานหาลักษณะร่วม เพื่อรวบรวมและย่อลงมาเป็นหลัก หรือหัวใจของเนื้อหานั้นๆ

สรุปได้ว่า การวัดระดับความรู้คือ การวัดระดับความจำ ความสามารถในการคิดและเข้าใจวิธีการวัด กระทำได้โดยการตั้งคำถามที่เกี่ยวกับเนื้อเรื่อง วิธีดำเนินการหรือถามเป็นความรู้รวบยอด

แนวคิดและทฤษฎีของเจตคติ (Attitude)

เจตคติหรือทัศนคติ (Attitude)

ปัจจุบันนักจิตวิทยาสังคมส่วนใหญ่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า เจตคติเป็นลักษณะทางจิตใจของบุคคลที่มีความสอดคล้องในลักษณะพาดพิงกับพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าลักษณะทางจิตประเภทอื่นๆ เจตคติจึงยอมชี้นำการกระทำของบุคคล บุคคลคิดอย่างไรก็มักกระทำอย่างนั้น เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดมาจากการเรียนรู้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (สุชา จันทรเฒ, 2544)

ความหมายของเจตคติ

เจตคติเป็นแนวความคิดที่ได้รับความสนใจศึกษากันอย่างกว้างขวาง และจากการศึกษาค้นคว้าของนักจิตวิทยาหลายกลุ่ม ทำให้เกิดแนวความคิดแตกต่างกันออกไป ซึ่งทำให้ได้ความหมายของคำว่า เจตคติ ดังนี้

สุชาติ โสมประยูร (2540) กล่าวถึงความหมายของ เจตคติ ว่าหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งอาจแสดงให้เห็นได้จากคำพูดหรือพฤติกรรมที่สะท้อน

พฤติกรรมนั้นคนแต่ละคนมีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากน้อยแตกต่างกัน เจตคติแม้ว่าจะเป็นนามธรรม แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้ว จะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากต่อบุคคลที่มีต่อเจตคตินั้น

พัชรี เชยจรรยาและคณะ (2541) ได้กล่าวถึง “เจตคติ” ว่าเป็นกลุ่มขององค์ประกอบที่มีการผสมผสานกันอย่างต่อเนื่องต่อวัตถุทางสังคม องค์ประกอบนี้รวมทั้งความเชื่อและการประเมินค่า (องค์ประกอบทางความคิด) ความรู้สึกและอารมณ์ และความเตรียมพร้อมทางพฤติกรรม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวถึงความหมายของ เจตคติ ว่าเป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีแสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เจตคติเป็นนามธรรม และเป็นส่วนที่ทำให้เกิดการแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่เจตคติไม่ใช่แรงจูงใจ และแรงขับ หากแต่ เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะได้ตอบและแสดงให้ทราบถึงแนวทางของการตอบของบุคคลต่อสิ่งเร้า

Andrew (2001) กล่าวว่าเจตคติ เป็น ภาวะเกี่ยวกับจิตใจและระบบประสาทเกี่ยวกับความพร้อมซึ่งก่อตัวขึ้นจากประสบการณ์ และทำให้เกิดอิทธิพลโดยตรง หรือโดยอ้อมกับการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อวัตถุหรือสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งบุคคลเกี่ยวข้องอยู่ด้วย รวมทั้งเป็นกระบวนการของความพร้อมที่จะทำให้บุคคลมีปฏิริยาโต้ตอบในทางบวกหรือลบต่อสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้น

Milton (1970) ได้ให้ความหมายของ เจตคติ ว่า เป็นการผสมผสาน หรือจัดระเบียบความเชื่อที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ผลรวมของความเชื่อนี้ จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ

New-Comb (1954 อ้างถึงใน พฤษภา บุญบุญ, 2549) กล่าวว่า เจตคติของบุคคล ขึ้นอยู่กับลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่บุคคลได้รับ อาจแสดงออกมาทางพฤติกรรมใน 2 ลักษณะ คือ

1. เจตคติทางบวก คือ การแสดงออกในลักษณะที่พึงพอใจ และ เห็นชอบ ที่จะทำให้บุคคลอยากทำ อยากได้ อยากเข้าใกล้สิ่งนั้น

2. เจตคติทางลบ คือ การแสดงออกในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ และไม่เห็นชอบ ที่จะทำให้บุคคลเกิดความเหน็ดเหนื่อยขิงขัง ไม่อยากเข้าใกล้สิ่งนั้น

กล่าวโดยสรุปได้ว่า เจตคติ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของแต่ละบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่ว่าจะบุคคล สถานการณ์ หรือ ภาวะแวดล้อมต่างๆ ทางสังคม ในลักษณะของเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ชอบ ไม่ชอบ สภาวะดังกล่าวนี้เอง ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งใดๆ ในลักษณะเฉพาะตัวตามทิศทางของเจตคติที่มีอยู่

องค์ประกอบของเจตคติ

ทรวงพล ภูมิพัฒน์ (2538) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะต้องมียองค์ประกอบของเจตคติเป็นพื้นฐานอยู่ 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (The cognitive component) คือ ส่วนที่เป็นความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ทัวไปทั้งที่ชอบและไม่ชอบ หากบุคคลมีความรู้ หรือคิดว่าสิ่งใดดี มักจะมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้น แต่หากมีความรู้มาก่อนว่าสิ่งใดไม่ดี ก็จะมีเจตคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (The affective component) คือ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ซึ่งมีผลแตกต่างกันไปตามบุคลิกลักษณะของคนนั้น เป็นลักษณะที่เป็นค่านิยมของแต่ละบุคคล

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (The behavioral component) คือการแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบด้านความรู้ ความคิด และความรู้สึก

จะเห็นได้ว่า การที่บุคคลมีเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่างกัน ก็เนื่องมาจากบุคคลมีความเข้าใจ มีความรู้สึก หรือแนวความคิดแตกต่างกัน

ดังนั้น ส่วนประกอบทางด้านความคิด หรือความรู้ ความเข้าใจ จึงนับได้ว่าเป็นส่วนประกอบขั้นพื้นฐานของเจตคติ และส่วนประกอบนี้จะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคล อาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกันทั้งในทางบวกและทางลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้

ลักษณะสำคัญของเจตคติ

จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์ (2538) ได้รวบรวมคุณลักษณะของเจตคติไว้ว่า

1. เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ ไม่ใช่สิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ประสบการณ์มีอิทธิพลอย่างมากต่อการเกิดเจตคติ รวมถึงการสะสมประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยผ่านกระบวนการปะทะสังสรรค์กับสิ่งต่างๆ ในสังคม

2. มีคุณลักษณะของการประเมิน (evaluative nauter) เกิดจากการประเมินความคิดหรือความเชื่อที่บุคคลมีอยู่เกี่ยวข้องกับสิ่งของ บุคคล หรือเหตุการณ์ (attitude object) การที่บุคคลจะมีเจตคติอย่างไรต่อสิ่งใด ขึ้นอยู่กับการประเมินความรู้ ความคิด หรือความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งนั้น

เรจฤดี ปราการะนันท์ (2544) ได้แบ่ง ลักษณะเจตคติหรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ แบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. ความรู้สึกในทางบวก เป็นการแสดงออกในลักษณะของความพึงพอใจ เห็นด้วย ชอบ หรือ สนับสนุน

2. ความรู้สึกทางลบ เป็นการแสดงออกในลักษณะของความไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย ไม่ชอบ และ ไม่สนับสนุน

3. ความรู้สึกที่เป็นกลาง เป็นการแสดงออกในลักษณะกลางๆ คือ ไม่มีความเห็นว่าพอใจหรือไม่พอใจ ซึ่งความรู้สึกเป็นกลางนี้ เป็นสิ่งที่แสดงว่าอาจจะเอนเอียงไปทางความรู้สึกทางลบหรือ ความรู้สึกทางบวก ได้ขึ้นอยู่กับแรงเสริม หรือแรงสนับสนุนจากสิ่งเร้า

การเกิดเจตคติ

การเกิดเจตคติ หมายถึง เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งขั้นตอนหรือกระบวนการเรียนรู้นั้น แตกต่างกันไปแล้วแต่ชนิด ลักษณะของเจตคติ รวมทั้งขึ้นอยู่กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ตามที่ ประภา เพ็ญ สุวรรณ (2526) ได้กล่าวไว้ว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลมีเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มี 4 ประการ ดังนี้

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific experiences) การมีประสบการณ์เฉพาะอย่างกับ สิ่งที่เกี่ยวข้องกับเจตคตินั้น ทำให้เราเรียนรู้ถึงเจตคติที่มีต่อสิ่งนั้นได้ เช่น ถ้าเรามีประสบการณ์ที่ดี ในการติดต่อกับบุคคลหนึ่ง เราก็จะมีความรู้สึกชอบบุคคลนั้น เป็นต้น และในบางครั้ง แม้ว่าจะมี ประสบการณ์ที่ดีหรือไม่ดีก็ตามเพียงครั้งเดียว ก็อาจมีผลต่อเจตคติของบุคคลได้และอาจเป็นไป ในทำนองที่รุนแรงได้ด้วย

2. การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Communication from others) เจตคติหลายอย่างของ บุคคลเกิดจากผลของการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการเรียนรู้อย่างไม่เป็น ทางการที่ได้รับจากครอบครัวในวัยเด็ก หรือคำบอกเล่าของครู

3. สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) เจตคติบางอย่างถูกสร้างขึ้นมาจากการเลียนแบบจาก บุคคลอื่น โดยเราจะมองเห็นว่าในสถานการณ์ใดๆ นั้น บุคคลอื่นมีปฏิกิริยา มีการปฏิบัติตัวอย่างไร เราจึงนำสิ่งที่ได้เห็น ได้รับรู้มาจากการปฏิบัติของคนอื่นนั้นมาเปลี่ยนเป็นเจตคติ โดยเฉพาะอย่าง ยิงหากบุคคลนั้นเป็นคนที่เราให้ความเชื่อถืออยู่ก่อนแล้ว เราก็จะยิ่งเชื่อมั่นในเจตคติที่เกิดขึ้นมาก ด้วย

4. องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional factors) เจตคติของบุคคลหลายอย่าง เกิดจากสถาบัน เช่น โรงเรียน สถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา หน่วยงานต่างๆ เป็นต้น ซึ่งสถาบัน เหล่านี้จะเป็นแหล่งที่มา และสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดเจตคติบางอย่างได้

ตัวกลางที่เป็นสื่อมีความสำคัญและมีอิทธิพลในการสร้างเจตคติ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หนังสือวารสารต่างๆ ซึ่งบางครั้งผู้รายงานข่าวหรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการสื่อสารเกิด

ความลำเอียงในการให้ข่าว ตัวอย่างเช่น พ่อแม่ผู้ปกครองมีความลำเอียงในการมองพฤติกรรมของวัยรุ่นเพราะเคยได้ยินการรายงานข่าวเกี่ยวกับวัยรุ่นในทางลบเสมอ

สุชา และสุรางค์ จันทร์อม (2524) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อเจตคติ มีดังนี้

1. วัฒนธรรม (Culture) วัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อชีวิตทุกๆ คนตั้งแต่เกิดจนตาย วัฒนธรรมแตกต่างกันไปในแต่ละชาติ ซึ่งจะเริ่มจากครอบครัว โรงเรียน วัด สถาบันอื่นในสังคม วิทยุ โทรทัศน์ สื่อมวลชนต่างๆ มีอิทธิพลต่อการสร้างเจตคติทั้งสิ้น

2. ครอบครัว (Family) ครอบครัวจะเป็นแหล่งที่มีอิทธิพลสูงต่อเด็กในการเรียนรู้โดยนับได้ว่าเป็นการเริ่มพัฒนาค่านิยม ความเชื่อ และความรู้สึกรักใคร่ ซึ่งมีพ่อแม่เป็นหลัก

3. กลุ่มต่างๆ (Groups) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับบุคคล อันได้แก่

3.1 กลุ่มสังคม (Social group) กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลมากต่อการพัฒนาเจตคติของเด็ก ทั้งนี้เพราะเด็กต้องการได้รับการยอมรับจากเพื่อน ต้องการคำแนะนำต่างๆ โดยเฉพาะวัยรุ่น

3.2 กลุ่มอ้างอิง (Reference group) เป็นอิทธิพลทางหนึ่งในการสร้างเจตคติบุคคลโดยผ่านกลุ่มอ้างอิงต่างๆ ไปตามวัย เช่น ในวัยทำงาน ก็อาจเป็นกลุ่มคนที่ทำงานด้วยกัน

4. บุคลิกภาพ (Personality) ลักษณะบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์ หรือมีอิทธิพลต่อเจตคติของบุคคลมาก คือ พวกที่ชอบสังคม (extrovert) พวกเกลียดสังคม (introvert) พวกชอบเด่น (dominance) หรือพวกอ่อนน้อม (submissive) จะมีเจตคติไม่เหมือนกัน

จุไรพร จินตกานนท์ (2535) ได้กล่าวถึงตัวกำหนดเจตคติและค่านิยมทางสังคมเอาไว้ว่า กระบวนการที่บุคคลรับเอาค่านิยมและเจตคติมานี้ค่อนข้างซับซ้อน เพราะมีทั้งกลไก (Mechanism) ทั่วไป และกลเฉพาะในการถ่ายทอดค่านิยมและเจตคติ แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาไปแล้วจะเห็นว่ามียุทธวิธี 4 ระดับ สำหรับกระบวนการนี้ แม้ว่าทั้ง 4 ระดับนี้จะไม่แยกกันอย่างเด็ดขาดก็ตาม

ระดับที่ 1 เป็นการพิจารณามโนทัศน์ (Personality) และความโน้มเอียงที่จะแสดงพฤติกรรมออกมาในสถานการณ์ต่างๆ

ระดับที่ 2 พิจารณาถึงการปะทะสังสรรค์ (Interaction) ของเด็กและผู้ใหญ่กับสมาชิกอื่นๆ ในสิ่งแวดล้อมทางสังคมของเขา ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม (Socialization)

ระดับที่ 3 คือ การเป็นสมาชิกของกลุ่ม (Group Membership) กับการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและทัศนคติที่ได้รับการถ่ายทอดมา

ระดับที่ 4 ก็คือ การวิเคราะห์ ค่านิยม และเจตคติ ที่ถ่ายทอดไปสู่บุคคลในฐานะที่เป็นสมาชิกของชนชั้นในสังคม (Social Class)

การเปลี่ยนแปลงเจตคติ

จูไรพร จินตกานนท์ (2535) ได้อธิบายกระบวนการที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติของบุคคลไว้ 3 ประการ คือ

1. การยินยอม (Compliance) การเปลี่ยนแปลงนี้จะไม่ถาวร ขึ้นอยู่กับผลประโยชน์ที่จะได้รับ การยินยอมมักเป็นไปในแง่ของการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมของบุคคลในสังคม

2. การเลียนแบบ (Identification) เป็นภาวะที่บุคคลยอมรับสิ่งเร้า หรือสิ่งกระตุ้น เป็นผลมาจากความต้องการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี หรือพึงพอใจกับบุคคลหรือกลุ่มอื่นๆ โดยจะรับบทบาทของกลุ่มหรือผู้อื่นมาเป็นของตนและ/หรือเปลี่ยนแปลงบทบาทซึ่งกันและกัน การเลียนแบบนี้จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความดึงดูดใจ (Attractiveness) และพลัง (Power) ของแหล่งข่าวที่เข้ามากระทบเร้าหรือกระตุ้นต่อตัวบุคคล

3. ความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง (Converted) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า เนื่องจากสิ่งนั้นตรงกับความต้องการภายในและค่านิยมของเขา เมื่อพิจารณาจากกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติแล้ว พบว่าจะต้องมีสิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น บุคคลต่างๆ ที่มีมนุษย์มีส่วนร่วมในสังคม รวมถึงสถาบันสื่อมวลชนต่างก็มีส่วนในการเป็นสิ่งเร้าและแรงจูงใจให้มนุษย์เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติได้ไม่มากนักน้อย

การวัดเจตคติ

โยธิน ศันสนยุทธร และ จุมพล พูลภัทรชีวิน (2529) กล่าวว่า การวัดเจตคตินั้น ไม่ใช่จะสามารถสังเกตได้โดยตรง แต่วัดได้ในทางอ้อม เพราะเจตคติเป็นภาวะเชิงสันนิษฐานที่ต้องอนุมานเพื่อที่จะทำการอนุมานเกี่ยวกับเจตคติ ซึ่งนักจิตวิทยาได้พัฒนาวิธีการขึ้นมาหลายวิธี ซึ่งพบบ่อยๆ 2 วิธี คือ

1. วิธีการสัมภาษณ์ (Interview) วิธีการวัดแบบนี้ สามารถจะรายงานถึงประสบการณ์ที่ตนเองได้รับมา

2. วิธีการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) วิธีนี้ใช้ได้กับผู้ที่มีการศึกษาพอประมาณขึ้นไป คือ สามารถอ่านออกเขียนได้ การใช้แบบสอบถามในการวิจัยเจตคติ เป็นวิธีการใช้มากที่สุด

สุชา จันทรโสม (2544) กล่าวว่า การวัดเจตคติ ทำให้เราเข้าใจเจตคติของบุคคล สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ ได้ การวัดเจตคติอาจทำได้หลายแบบดังนี้

1. Scaling Technique เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการวัดเจตคติ มีอยู่ 2 แบบ คือ

1.1 วิธีของ Thurstone (The thurstone method) เป็นวิธีการวัดแบบนี้ประกอบด้วย ประโยคต่างๆ ประมาณ 10 – 20 ประโยค หรือมากกว่านั้น ประโยคต่างๆ เหล่านี้จะเป็นตัวแทนของระดับความคิดเห็นต่างๆ กัน ผู้ถูกทดสอบจะต้องแสดงให้เห็นว่าเขาเห็นด้วยกับประโยคใดบ้าง ประโยคหนึ่งๆ จะกำหนดค่าเอาไว้ คือ กำหนดเป็น Scale value ขึ้น เริ่มจาก 0.0 ซึ่งเป็นประโยคที่ไม่พึงพอใจมากที่สุดเรื่อยๆ ไปถึง 5.5 สำหรับประโยคที่มีความรู้สึกเป็นกลางๆ (Neutral statement) จนกระทั่งถึง 11.0 ซึ่งมีค่ามากที่สุดสำหรับประโยคที่พึงพอใจมากที่สุด

1.2 วิธีของ Likert (The likert technique) มาตราส่วนแบบนี้ ประกอบด้วยประโยคต่างๆ ซึ่งแต่ละประโยคผู้ถูกทดสอบจะแสดงความรู้สึกของตนเองออกเป็นระดับต่างๆ เช่นทั่วไปแล้วจะแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เฉยๆ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละระดับมีคะแนนให้ไว้ตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน คะแนนของคนหนึ่งๆ ได้จากคะแนนรวมจากทุกๆ ประโยค

2. Polling การหยั่งเสียงประชาชน ส่วนมากใช้ในการเลือกตั้งพรรคการเมือง หรือที่ทำอะไรเกี่ยวกับประชาชน ก็ต้องมีการตรวจสอบ หยั่งเสียงเพื่อดูว่าประชาชนมีความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ อย่างไร ผลการหยั่งเสียงจะออกมาตรงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับวิธีการสุ่มตัวอย่าง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างนั้นเป็นตัวแทนของประชากรได้หรือไม่

3. Questionnaire คือ การใช้แบบสอบถามว่า เห็นด้วยหรือไม่ ดีหรือไม่ดี โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 2 แบบคือ

3.1 Fixed alternative questions คือ คำถามที่เฉพาะเจาะจงลงไป แล้วให้คำตอบตามเรื่องที่ถามเท่านั้น

3.2 Open ended questions คือ คำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมแล้วนำความคิดเห็นหรือความรู้สึกของคนส่วนใหญ่มาจัดกลุ่มดูว่า คนส่วนใหญ่มีความรู้สึกอย่างไรหรือมีเจตคติอย่างไร

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอาการหลังเร็ว (Premature Ejaculation)

การหลั่งน้ำกามเร็ว ที่คนทั่วไปให้นิยามว่า “นกกระจอกไม่ทันกินน้ำ” หรือ “ลุ่มปากอ่าว” (สุวัทนา อารีพรรค, 2550) เป็นความผิดปกติของการตอบสนองทางเพศแบบหนึ่งของผู้ชาย ผู้ที่มีปัญหานี้จะไม่สามารถควบคุมการหลั่งน้ำกามของตนไว้ได้ โดยจะหลังทันทีที่ได้รับการกระตุ้นทางเพศเล็กน้อย เกิดการหลังก่อน หรือทันทีที่มีการสอดใส่อวัยวะเพศเข้าไปในช่องคลอด อันเป็นผลให้ทั้งชายและหญิงไม่ได้รับความสุขจากการร่วมเพศเท่าที่ควร

อาการหลั่งเร็ว (Premature ejaculation)

ความหมาย

Kinsey (1948 อ้างถึงใน สุวัทนา อารีพรรค, 2528) ให้ความหมายว่าเป็นการหลั่งน้ำกามเร็วกว่า 1 ½ ถึง 2 นาที หลังจากองคชาติผ่านเข้าไปในช่องคลอด

Master และ Johnson (1970 อ้างถึงใน สุวัทนา อารีพรรค, 2528) ให้ความหมายว่า เป็นอัตราที่สามีถึงจุดสุดยอดจากการร่วมเพศก่อนนรรมามากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนครั้งที่ร่วมเพศ

Kaplan (1974) ให้ความหมายว่าเป็นอาการที่ผู้ชายไม่สามารถถ่วงการหลั่งน้ำกามของตนเองได้ โดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าใช้ระยะเวลาไปเท่าไรในการร่วมเพศจนกระทั่งหลัง ขยับสะโพกกี่ครั้ง หรือหลั่งน้ำกามก่อนฝ่ายหญิงบอจบ่อยเท่าใด

Waldinger and Schweitzer (2006a อ้างถึงใน Waldinger MD., 2007) ให้ความหมายว่าเป็นอาการหลังเกิดเมื่อมีการสอดใส่อวัยวะเพศ ภายในระยะเวลาสั้นกว่าหรือเท่ากับ 1 นาที

Rowland DL. และคณะ(2000) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นอาการที่ผู้ชายถึงจุดสุดยอดหรือหลังไวกว่าปกติ ซึ่งในบางครั้งหลังก่อนที่จะมีการสอดใส่ หรือในระยะเวลา 1-2 นาทีแรกที่มีการสอดใส่เข้าไปภายในช่องคลอด ซึ่งโดยปกติแล้วผู้ชายจะใช้เวลาโดยเฉลี่ย อยู่ที่ประมาณ 7 นาที

American Psychiatric Association-APA (2000 อ้างถึงใน Waldinger MD., 2007) ได้สร้างเครื่องมือ DSM-IV-TR (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ในการตรวจคัดกรองอาการหลั่งเร็ว โดยให้คำจำกัดความของ อาการหลั่งเร็วไว้ว่า เป็นความไม่พึงพอใจในระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่การมีความรู้สึกทางเพศจนกระทั่งมีการหลั่งน้ำกาม

World Health Organization-WHO (1993 อ้างถึงใน Levent Gurkan, 2008) ได้สร้างเครื่องมือ ICD-10 (the International Classification of Diseases) ใช้ในการให้ความหมายและกำหนดอาการหลั่งเร็วไว้ว่า เป็นอาการที่ความสามารถจะยืดระยะเวลาการหลั่งน้ำกาม ซึ่งการหลั่งนั้นอาจเกิดก่อนหรือเกิดขณะที่มีการสอดใส่ภายใน 15 วินาที หลังจากเริ่มมีการสอดใส่

McMahon CG. และคณะ (2008 อ้างถึงใน Albersen M. et al, 2009) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นอาการหลั่งน้ำกามที่เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ชายเอง ยังไม่พึงปรารถนาที่จะหลั่ง (ซึ่งมักจะเกิดภายในระยะเวลาประมาณเพียง 1 นาทีหลังจากที่มีการสอดใส่องคชาติเข้าไปภายในช่องคลอด) และไม่สามารถที่จะควบคุมการหลั่งนั้นได้และทำให้ผู้ป่วยและ/หรือคู่ เกิดความทุกข์

กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยง

ตามปกติการหลั่งน้ำกามเร็วมักเกิดกับผู้ชายที่มีอายุน้อย หรือผู้ที่ขาดประสบการณ์ทางเพศ แต่เมื่ออายุมากขึ้นประสบการณ์จะทำให้ผู้ชายส่วนใหญ่เรียนรู้ ที่จะยืดระยะเวลาในการหลั่งน้ำกามออกไปได้ สำหรับผู้ชายบางคนที่เกิดอาการยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดความตึงเครียดหรือเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ คนกลุ่มนี้ควรได้รับการแก้ไข การสามารถควบคุมการหลั่งน้ำกามเป็นความภาคภูมิใจของผู้ชายส่วนใหญ่ เพราะหมายถึงความสามารถที่จะทำให้คู่มีโอกาสดึงดูดสุดขั้วจากการร่วมเพศ การสูญเสียความมั่นใจในสิ่งนี้มีผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ระหว่างกัน และปัญหาทางเพศอย่างอื่นที่อาจเกิดตามมา (สุวัทนา อารีพรรค, 2550)

ผู้ที่มีอาการหลั่งเร็วหากได้รับการกระตุ้นทางเพศ จะถึงจุดสุดยอดทางเพศอย่างรวดเร็วกว่าผู้ชายปกติ ในบางรายเพียงแค่องศาตถูกแตะต้องก็หลั่งน้ำกามแล้ว หรือในบางรายเพียงแต่เห็นผู้หญิงเปลือยหรือภาพโป๊ก็หลั่ง แต่โดยส่วนใหญ่จะหลั่งน้ำกามภายหลังที่มีการสอดใส่องศาต ซึ่งคนทั่วไปจะคิดว่าคนเหล่านี้มีความรู้สึกทางเพศ (Erotic sensation) มากกว่าทั่วไป แต่ความจริงมีบ่อยๆ ที่คนพวกนี้ไม่ค่อยมีความรู้สึกทางเพศเลย และขณะหลั่งน้ำกามเขาจะรู้สึกชาที่อวัยวะเพศเสียด้วยซ้ำ โดยที่เขาก็ไม่รู้ตัวว่าลักษณะดังกล่าวผิดปกติ จนกระทั่งได้เปรียบเทียบความรู้สึกเมื่อสามารถถ่วงการหลั่งน้ำกามได้แล้ว จึงทราบว่าจะสามารถควบคุมการหลั่งน้ำกามได้ จะให้ความสุขทางเพศมากกว่า (เอนก อารีพรรค, 2525)

อุบัติการณ์ของอาการหลั่งเร็ว

การหลั่งน้ำกามเร็ว เป็นความบกพร่องทางเพศของผู้ชายที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด ประมาณกันว่าผู้ชายร้อยละ 30 มีปัญหานี้ (สุวัทนา อารีพรรค, 2550) บางคนมีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก แต่บางคนอาการเกิดขึ้นหลังจากที่ควบคุมการหลั่งได้ดีมาก่อน

จากการสำรวจ ของ National Health and Life Survey โดย Marianne Legato (1992 อ้างถึงใน Richard Blonna และ Jean Levitan, 2005) ได้นำเสนอการสำรวจอาการหลั่งเร็วที่เกิดขึ้นตามช่วงอายุต่างๆ ของผู้ชายไว้ว่า ชายอายุ 18-29 ปี พบได้ ร้อยละ 30 อายุ 30-39 ปี พบได้ ร้อยละ 32 อายุ 40-49 ปี พบได้ร้อยละ 28 และ อายุ 50-59 ปี พบได้ ร้อยละ 31

อาการหลั่งเร็ว เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในชายวัยเจริญพันธุ์ สำหรับอุบัติการณ์ของภาวะนี้ในต่างประเทศ มีการสำรวจไว้เช่นกัน เช่น The USA National Health and Social Life Survey and Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (อ้างถึงใน Emmanuele A. Jannini et al., 2006) ได้ทำการสำรวจ ผลกระทบ ปัญหา และความสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยาต่ออาการหลั่ง

เร็ว จากประชากรคู่สมรสชายหญิง อายุ 40-80 ปี พบว่ามีความชุกของอาการหลังเร็วถึง ร้อยละ 21

Francois Giuliano และคณะ (2007) จากการสำรวจใน 5 ประเทศได้แก่ ฝรั่งเศส เยอรมันนี อังกฤษ อิตาลี และ โปแลนด์ โดยใช้ The short Intravaginal Ejaculatory Latency Time หรือ IELT ทดสอบเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในการสำรวจอาการหลังเร็ว โดยทำการสำรวจชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป จากประชากร 1,115 คน มีจำนวน 201 คน หรือร้อยละ 18.0 ที่มีอาการหลังเร็ว จากนั้นมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีอาการหลังเร็ว และไม่มีอาการหลังเร็วพบว่าร้อยละ 75.1 มีอาการหลังเร็วในระยะเวลาสั้นกว่าหรือเท่ากับ 4 นาที ร้อยละ 55.7 ใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที

Nicolosi A. และคณะ (2004 อ้างถึงใน Albersen M.และคณะ, 2009) ได้กล่าวว่า อุบัติการณ์ของการเกิดอาการหลังเร็วมีความสัมพันธ์กับอายุ ซึ่งยิ่งอายุมากขึ้นอาการหลังเร็วที่เกิดขึ้นจะเกิดควบคู่ไปกับปัญหาความหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile Dysfunction) หรือ การที่อวัยวะเพศไม่แข็งตัว

Emmanuele AJ. และคณะ (2006) ได้กล่าวว่า อาการหลังเร็วเป็นสิ่งที่สร้างความกังวลใจ และผลกระทบต่อให้กับผู้ชาย โดยพบที่ประมาณ ร้อยละ 5 - 40 และความรุนแรงของผลกระทบยังมีผลขึ้นอยู่กับอายุของผู้ชายด้วย

ในประเทศไทยมีการศึกษาสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุเป็นการสำรวจความคิดเห็นของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ของ เขมิกา ยามะรัต และคณะ (2541) พบว่า ปัญหาในการร่วมเพศของชายส่วนใหญ่คือ 38% เป็นการหลังน้ำอสุจิเร็ว

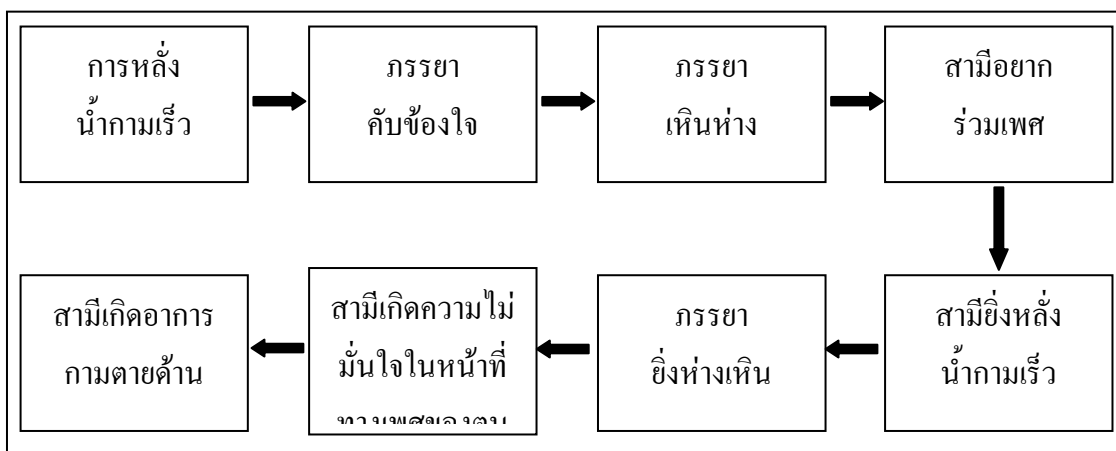
จิตรภรณ์ บุญถนอม (2547) ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับยาต้านเศร้ากลุ่มเซโรโทนิน สเปซิฟิก รีอัพเทค อินฮิบิเตอร์ ซึ่งมารับบริการที่ตึก ภปร.ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 102 คน พบว่า ร้อยละ 38.1 มีการหลังน้ำกามได้ช้าหรือเร็วกว่าความต้องการพบ

ความสำคัญของปัญหาอาการหลังเร็ว

ตามธรรมชาติผู้ชายจะถูกกระตุ้นอารมณ์ทางเพศได้อย่างรวดเร็วมาก และสามารถบรรลุจุดสุดยอดได้ภายในไม่กี่วินาที ซึ่งลักษณะเช่นนี้จะทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่มีความสุข ดังนั้นฝ่ายชายจึงต้องเรียนรู้วิธีที่จะควบคุมการหลังน้ำกามของตนเอง อย่างไรก็ตามอาการนี้จะเกิดขึ้นเป็นบางครั้งกับผู้ชายแทบทุกคน ซึ่งไม่ใช่เรื่องผิดปกติ แต่จะเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องเมื่อเกิดขึ้นเกือบทุกครั้ง ทั้งสองฝ่ายร่วมเพศกัน

Astbury-Ward (2002 อ้างถึงใน Adam J Mrdjenovich และคณะ, 2004) ได้กล่าวถึงการเกิดปัญหาจากอาการหลังเร็วในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลไว้ว่า สัมพันธภาพระหว่างกันอาจจะถูกทำลาย และยังส่งผลที่นำไปสู่การหย่าร้างหรือยุติความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งฝ่ายหญิงเองอาจจะรู้สึกว่าการยุติความสัมพันธ์ทางเพศนั้น เกิดจากตนเองทำให้กลายเป็นปมในจิตใจ และยังทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาได้ เช่นความเครียดที่เพิ่มขึ้น การโยนความผิดของปัญหาให้ระหว่างกัน อารมณ์ที่รุนแรง โมโหร้าย การถูกตำหนินินทา การปล่อยปะละเลยไม่สนใจ และการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้ อาจจะเป็นผลสำคัญที่เกิดจากอาการหลังเร็วได้ทั้งสิ้น

สุวัทนา อารีพรรค (2528) ได้อธิบายปฏิกิริยาของคู่สมรสต่อการหลังน้ำกามเร็วของฝ่ายชาย ภรรยาบางคนคิดว่าสามีไม่ต้องการหรือรังเกียจตน เพราะสามีจะระมัดระวังไม่ให้เกิดอารมณ์เพศมากเกินไปจากการแต่ต้องภรรยา พฤติกรรมดังกล่าวของสามีอาจทำให้ภรรยารู้สึกโกรธและไม่ไว้ใจ ฝ่ายสามีก็จะรู้สึกว่าตนเองผิดและบกพร่องทำให้หลีกเลี่ยงการร่วมเพศ หรือมีความวิตกกังวลในการร่วมเพศ เป็นผลให้เกิดอาการกามตายด้านตามมา



รูปที่ 1 แสดงแผนภูมิปฏิกิริยาของคู่สมรสต่อการหลังน้ำกามเร็วของฝ่ายชาย (สุวัทนา อารีพรรค, 2528: 108)

Johnson and Johnson Pharmaceutical and Development (2004) ได้กล่าวว่า อาการหลังเร็วก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพชีวิต การแสดงบทบาททางเพศ และความสุขทางเพศของคู่ชีวิต

Hobbs K. และคณะ (2008) กล่าวว่าคนที่สามมีมีอาการหลังเร็ว สามารถทำให้ภรรยามีปัญหาความผิดปกติทางเพศจากการที่สามมีมีอาการหลังเร็วด้วย

Riley A. and Riley E. (2005 อ้างถึงใน Hobbs K. และคณะ, 2008) กล่าวว่าปัญหาของผู้หญิงซึ่งได้รับผลกระทบจากสามีที่มีอาการหลังเร็ว ทำให้เธอหมดความรู้สึกความต้องการทางเพศ ไม่ได้รับการกระตุ้นทางเพศ และมีปัญหาการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศ ทำให้ไม่มีความสุขในการมีเพศสัมพันธ์

ตัวอย่างของปัญหาซึ่ง Spitzer RL. และคณะ (1981 อ้างถึงใน เอนก อารีพรอค, 2525) ได้ยกกรณีตัวอย่างผู้ป่วยที่เกิดอาการหลังน้ำกามเร็วไว้ ให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้

ผู้ป่วยเพศชาย วัย 38 ปี สมรสแล้ว 15 ปีกับภรรยาวัย 35 ปี มีบุตรด้วยกัน 2 คน มีอาชีพเป็นเจ้าของร้านขายอาหาร มาโรงพยาบาลเพราะภรรยาเบื่อชีวิตสมรสและต้องการแยกทางกับตน เนื่องจากมีอาการหลังน้ำกามเร็ว

ทุกครั้ง que ผู้ป่วยร่วมเพศกับภรรยา เขาจะวิตกกังวลมากและหลังน้ำกามออกมาอย่างรวดเร็ว ขณะที่อวัยวะเพศกำลังเข้าไปในช่องคลอดหรือหลังขยับสะโพกเพียง 1-2 ครั้งเท่านั้น จากการทำเป็นเช่นนี้ทำให้เขารู้สึกว่าตนเองบกพร่องและรู้สึกผิด ที่ตนไม่สามารถให้ความสุขทางเพศแก่ภรรยาของตนเองได้ และภรรยาก็มีความคับข้องใจในสามี รู้สึกรังเกียจ และคิดว่าสามีไม่สนใจในความรู้สึกของเธอเกี่ยวกับเรื่องนี้ แต่ทั้งคู่ก็ไม่ได้ทะเลาะกัน เพียงแต่เงียบๆ กันไป และในที่สุดเมื่อเร็วๆ นี้ทั้งคู่ก็งดการมีกิจกรรมทางเพศที่เคยมีตามปกติ

การตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติ แต่การตรวจทางจิตพบว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพชนิดสมบูรณแบบคือมีความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองมาก เนื่องจากเขาทำได้ทุกอย่างตามที่บิดามารดาหวังไว้ อย่างไรก็ตามเขารู้สึกพะอายเกี่ยวกับความบกพร่องทางเพศของตน แต่ด้วยความหยิ่งเขาจึงเก็บความรู้สึกนี้ไว้และไม่ยอมปรึกษาภรรยาเลย ส่วนภรรยาเป็นคนที่มีความตื่นตัวทางเพศดี แต่ก็มีความเชื่อว่าการมีความสุขสุดยอดต้องเกิดจากการร่วมเพศเพียงวิธีเดียว จะโดยวิธีอื่นไม่ได้ ดังนั้นเธอจึงมีแต่ความหงุดหงิด ไม่พอใจที่สามีไม่สามารถร่วมเพศได้นานพอ ที่จะทำให้เธอมีความสุขสุดยอด อย่างไรก็ตามเธอก็ได้แต่โทษสามีของเธออยู่ในใจไม่ได้ปรึกษาพูดหรือคิดหาทางแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้

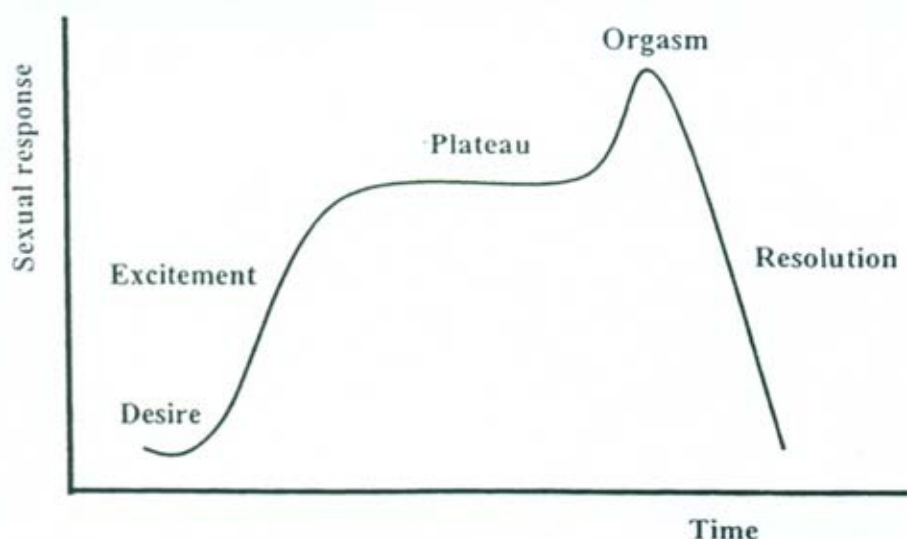
การหลังน้ำกามเร็วของผู้ป่วยรายนี้เกิดจากความวิตกกังวล และการที่ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพชนิดสมบูรณแบบ (perfectionist) ทำให้ความบกพร่องทางเพศดังกล่าวเกิดอยู่นานถึง 15 ปี โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข

อาการหลังเร็วอาจเกิดขึ้นเฉพาะในบางสถานการณ์ที่พบบ่อยคือการร่วมเพศครั้งแรก ผู้ชายบางคนควบคุมการหลังได้ดีกับภรรยาซึ่งอยู่กันมานานแต่พอมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงคนใหม่หรือหญิงบริการอาจมีอาการหลังเร็ว และร้อยละ 50 หรือ ครึ่งหนึ่งของผู้ชายจะเคยประสบปัญหาการหลังเร็วเป็นครั้งเป็นคราว (สุวทนา อารีพรอค, 2550) ซึ่งไม่ใช่ความผิดปกติแต่อย่างใด ก่อนอื่นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองทางเพศเสียก่อนว่ามีกระบวนการอย่างไร

การตอบสนองทางเพศ

วงจรการตอบสนองทางเพศในเพศชาย (Male Sexual Responses cycle) Master และ Johnson (1970 อ้างถึงใน เอนก อารีพรอค, 2548) เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ศึกษาวงจรการตอบสนองทางเพศ ที่เกิดขึ้นในเพศชายและหญิง ทั้งคู่ได้รายงานผลการศึกษาในปี พ.ศ. 2509 โดยแบ่งวงจรการตอบสนองเพศที่เกิดขึ้นออกเป็น 4 ระยะด้วยกันคือ ระยะตื่นตัว ระยะพลาโต ระยะสุดยอดทางเพศ และระยะคลายตัว รวมทั้งการตอบสนองที่เกิดขึ้นนอกอวัยวะสืบพันธุ์

ในปี พ.ศ. 2522 Kaplan (1974) เสนอให้รวมเอาความต้องการทางเพศอยู่ในวงจรการตอบสนองทางเพศด้วย โดยเหตุผลที่ว่าองค์ประกอบเริ่มแรกที่ทำให้เกิดวงจรการตอบสนองทางเพศอื่นตามมา ต่อมาวงจรการตอบสนองทางเพศ (ดังรูปที่ 2) ได้ถูกนำมาเป็นต้นแบบการศึกษาเรื่องราววิชาการทางเพศและความผิดปกติทางของการตอบสนองทางเพศที่เกิดขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 5 ระยะ (เอนก อารีพรอค, 2548) ดังนี้



รูปที่ 2 แสดงวงจรการตอบสนองทางเพศในเพศชาย (เอนก อารีพรอค, 2548: 21)

1. **ระยะความต้องการทางเพศ (desire phase)** เป็นวงจรการตอบสนองทางเพศแรกสุด ได้แก่ ความต้องการสนใจที่จะมีสัมพันธ์ทางเพศ เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการกระตุ้นเร้าทางเพศผ่านจินตนาการทางเพศ (sexual fantasy) หรือสัมผัสโดยตรงที่องคชาต ระยะนี้อาจใช้ช่วงระยะเวลาสั้นเพียง 3.5 วินาที ในเพศชายวัยเจริญพันธุ์ หรือยาวนาน 6-15 วินาทีในเพศชายสูงอายุ กว่าที่จะเข้าสู่ระยะตื่นตัวทางเพศ

2. **ระยะตื่นตัวทางเพศ (excitement phase)** เป็นระยะที่ได้รับ การกระตุ้นเร้า และมีความต้องการทางเพศเกิดขึ้นโดยองคชาตจะพองขยายตัว (tumescence) เพิ่มขึ้นทั้งขนาดความยาวและเส้นรอบวง ท่อปัสสาวะยืดขยายตัวขึ้นตามองคชาต และปลายเปิดของท่อปัสสาวะมีขนาดกว้างขึ้นนอกจากนี้ ผิวหนังของถุงอัณฑะจะหนาตัวขึ้นร้อยละ 50 (เอนก อารีพรพรค, 2548) เพื่อเทียบกับปกติเนื่องจากการคั่งของเลือด (scrotal vasocongestion) และมีการยกตัวสูงขึ้นของลูกอัณฑะทั้งสอง (testicular elevation)

3. **ระยะพลาโต (plateau phase)** เป็นระยะที่องคชาตมีการแข็งตัวเต็มที่ สลับกับอ่อนตัวลงมาเล็กน้อยมีการหลั่งน้ำเมือกจาก Cowper's และ Littre's gland ซึ่งเป็นต่อมที่อยู่ข้างท่อปัสสาวะออกมา ระยะเวลาที่ยาวนาน หรือสั้นในระยนี้ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการกระตุ้นเร้าทางเพศ หากมีประสิทธิภาพและรุนแรงเพียงพอ ก็จะเข้าสู่ระยะสุดยอดทางเพศเร็ว หากไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ หรือถูกระงับไปก็อาจจะไม่ถึงระยะสุดยอดทางเพศ และค่อยๆ ลดลงสู่ระยะคลายตัวทางเพศแทน

4. **ระยะสุดยอดทางเพศ (orgasmic phase)** เป็นระยะการสนองตอบทางเพศสูงสุดในวงจรการตอบสนองทางเพศ Master และ Johnson (อ้างถึงใน เอนก อารีพรพรค, 2548) อธิบายว่าเป็นการปลดปล่อยอารมณ์ทางเพศที่ก่อตัวมาก่อนหน้าออกมาอย่างทันทีทางใด และแสดงออกถึงความพึงพอใจในอารมณ์ความรู้สึก โดยมีการบีบตัวของท่อปัสสาวะขับต้นน้ำกามออกมาเป็นจังหวะๆ ห่างกัน 0.8 วินาที และยาวนาน 2-4 วินาที น้ำกามที่หลังออกมามีความหนืด และอาจพุ่งไกลกว่า 1-2 ฟุต

5. **ระยะคลายตัวทางเพศ (resolution phase)** เป็นระยะที่กลับคืนสู่ภาวะปกติหลังระยะสุดยอดทางเพศสิ้นสุดลง และเป็นระยะที่คือต่อการกระตุ้นเร้าซ้ำ (refractory period) องคชาตจะอ่อนตัวลง (detumescence) ในเพศชายวัยเจริญพันธุ์ระยะนี้อาจใช้ระยะเวลาที่สั้นเป็นเพียงนาที แต่ในเพศชายสูงอายุอาจต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 12-24 ชั่วโมงขึ้นไป กว่าที่จะกลับมาเกิดการแข็งตัวขององคชาต ขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง

กลไกการหลั่งน้ำกาม (mechanism of ejaculation)

การหลั่งน้ำกามเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะสุดยอดทางเพศ แสดงออกทางความรู้สึกพึงพอใจและมีการขับน้ำกาม (semen) ออกมาทางท่อปัสสาวะ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มประกอบกิจกรรมทางเพศกระทั่งระยะสุดยอดทางเพศ และมีการหลั่งน้ำกามเกิดขึ้นนั้น กลไกการหลั่งน้ำกามแบ่งออกเป็น 3 ระยะด้วยกันคือ (เอนก อารีพรอค, 2548)

1. Emission เป็นระยะขับน้ำกามออกมารวมกันในท่อปัสสาวะ เป็นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic ที่มาจากประสาทไขสันหลังเพื่อขับสารคัดหลั่งต่างๆ รวมทั้งเชื้ออสุจิ ให้ออกมาสะสมรวมกันในท่อปัสสาวะด้านหลัง (posterior urethra)

2. Ejaction เป็นระยะขับน้ำกามออกมาทางท่อปัสสาวะ เป็นการทำงานของระบบประสาทสั่งการที่มาจากประสาทไขสันหลัง ทำให้เกิดการบีบและคลายตัวอย่างเป็นจังหวะ และขับต้นน้ำกามออกจากท่อปัสสาวะขณะบีบตัว เรียกกลไกนี้ว่า suction ejaculation pump จังหวะการบีบและคลายนั้นมีด้วยกัน 4 รอบ ห่างกัน 0.8 วินาที

3. Orgasm เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสมองส่วน cerebral cortex ก่อตัวขึ้นในระยะ emission ขณะมีการขยายตัวของท่อปัสสาวะส่วนหลัง เพื่อรองรับน้ำกามที่ถูกขับออกมา โดยได้รับความรู้สึกผ่านมาทางประสาทรับความรู้สึกใน pudendal nerves และสิ้นสุดลงภายหลังการบีบตัวของ bulbocavernous muscle น้ำกามที่หลั่งออกมาจะจับตัวกันเป็นก้อนคล้ายเยลลี่ (coagulation) ทันทีที่หลั่งออกมา และละลายตัวเหลวลง (liquefaction) หลังจากนั้น 5-25 นาที ประกอบด้วยสารคัดหลั่งจากถุงอัณฑะน้ำกามร้อยละ 75-80 หรือ 1.5-2 มิลลิลิตร จากต่อมลูกหมาก ร้อยละ 10 หรือ 0.5 มิลลิลิตร ที่เหลืออีกร้อยละ 10 มาจากท่ออสุจิและต่อมข้างท่อปัสสาวะ

กลไกการควบคุมการหลั่งน้ำกาม

ภาวะความบกพร่องของการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ชาย เป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและความสัมพันธ์ของชีวิตคู่อย่างมาก นอกจากนั้นยังทำให้คนไข้ขาดความมั่นใจในตนเอง เกิดความเครียดและวิตกกังวล ปัญหาของการหลั่งน้ำกามที่ผิดปกตินั้นเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากในภาวะความบกพร่องของการมีเพศสัมพันธ์ และยังเป็นเรื่องที่ไม่ค่อยจะทราบสาเหตุที่แน่ชัด จากการสอบถามคนไข้ คนไข้มักจะไม่ค่อยมาปรึกษาแพทย์ เนื่องจากอาย หรือคนไข้บางรายไม่ค่อยสนใจต่อความรู้สึกของคู่นอนอัน ก่อให้เกิดปัญหาต่อชีวิตคู่มากมาย

ก่อนที่จะเข้าใจเรื่องสาเหตุและแนวทางการรักษาปัญหาการหลั่งอสุจิที่ผิดปกติ จะต้องเข้าใจถึงกลไกการควบคุมการหลั่งน้ำกามเสียก่อน กลไกในการควบคุมการกระตุ้นให้มีการหลั่ง

น้ำกามโดย Afferent pathway นั้น ยังไม่มีใครทราบกลไกที่แน่ชัด แต่สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับด้วยกันคือ (เอนก อารีพรอค, 2548)

1. Infraspinal level

จากการรับความรู้สึกผ่านทาง dorsal nerve ขององคชาตการทดลองการตัดเส้นประสาท dorsal nerve นี้บางส่วนในลิง พบว่าจะทำให้เวลาในการหลั่งน้ำกาม (ejaculation latency) ยาวนานยิ่งขึ้น นอกจากนี้ Yilmaz และคณะ (อ้างถึงใน เอนก อารีพรอค, 2548) ได้แสดงให้เห็นว่า ยาในกลุ่ม selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRI) ซึ่งนำมาใช้ในการรักษาอาการหลังเร็ว นั้นสามารถออกฤทธิ์เพิ่ม sensory threshold ขององคชาตได้

2. Spinal level

การทดลองกระตุ้น serotonergic receptor ที่ระดับนี้ในหนูทดลอง พบว่าจะกด erectile reflex และ กระตุ้น seminal emission

3. Supraspinal level

การออกฤทธิ์ของ serotonin ที่ระดับนี้จะยับยั้ง sexual activity และเมื่อเพิ่มระดับของ serotonin หรือลดระดับของ dopamine ในสมองของหนูตัวผู้จะพบว่าหนูมี sexual activity ลดลง และมี ejaculatory latency ยาวนานขึ้น เมื่อทดลองกระตุ้น serotonergic receptor ที่ทั้งระดับ spinal และ supraspinal ปรากฏว่าผลที่ได้จะแสดงออกที่ระดับ supraspinal มากกว่าคือมี ejaculatory latency ยาวนานขึ้น

สาเหตุของการหลังเร็ว

Hale VF, และ Strassberg DS. (1990 อ้างถึงใน Kate MD. และคณะ, 1999) ได้ให้สาเหตุของอาการหลังเร็ว ว่ามีผลมาจากอาการวิตกกังวลภายในจิตใจของตนเองที่มีต่อกิจกรรมทางเพศ

Strassberg และคณะ (1990) Tondo และคณะ (1991) Safil และ Almagore (1991) Assalian (1994) Symonds และคณะ (2003) ได้สรุปไว้เหมือนกันว่า มุมมองของอาการหลังเร็ว ทางจิตวิทยาอาจมีสาเหตุมาจากความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า การกลัวในการสร้างความสนิทสนม ทศนคติด้านลบเรื่องเพศ พฤติกรรมความวิตกกังวลและบุคลิกภาพที่แตกต่างกันล้วนมีความสัมพันธ์กับอาการหลังเร็ว

Butche (1993 อ้างถึงใน Adam J M. และคณะ, 2004) และ Birch (1998 อ้างถึงใน Adam JM. และคณะ, 2004) ได้กล่าวว่าปัจจัยทางด้านสังคม อันได้แก่ ความไม่มีประสบการณ์ทางเพศ ความถี่ที่ไม่สม่ำเสมอในการมีกิจกรรมทางเพศและความไม่พึงพอใจในสัมพันธภาพ รวมถึงความขัดแย้งระหว่างคู่ ล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการหลังเร็วได้

Athanasiadis (1998), Rowland และคณะ (1993) Rowland และ Burnett (2000) ได้เสนอมุมมองทางด้านชีววิทยาทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับสาเหตุของอาการหลังเร็วไว้ว่า อาการหลังเร็วที่เกิดขึ้นอาจจะเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ ทั้งเรื่องของกรรมพันธุ์ และ/หรือ ปัจจัยด้านชีวภาพ รวมถึงเรื่องของโรค กระดูกเชิงกรานร้าว การศัลยกรรมทางระบบประสาท การทำงานผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ การใช้สารเสพติดหรือยาบางชนิด รวมถึงการไม่สามารถควบคุมจุดของการหลังของตนเองได้

American Psychiatric Association (2000) ได้อธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติและความบกพร่องของโรคไว้ว่า ปัจจัยของอาการหลังเร็วก่อนข้างคล้ายคลึงกับอาการความบกพร่องทางเพศอื่นๆ อาการหลังเร็วอาจก่อให้เกิดความเครียดในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างคู่ สำหรับผู้ชายที่ไม่แต่งงานบางคน เพราะเกิดความกังวลในภาวะอาการหลังเร็วของตนเอง วิตกกังวลว่า การมีสัมพันธ์ในครั้งแรกกับคู่ที่ใหม่ อาจจะไม่สามารถสร้างความประทับใจกับคู่ได้ และกลายเป็นความทรงจำด้านลบต่อสมรรถภาพของตนเอง และครองตนเป็นโสดในที่สุด

ปัจจุบันนี้เชื่อว่าสาเหตุของอาการหลังเร็วเป็นไปได้ทั้งปัญหาทางจิตใจและโรคทางร่างกาย โดยเฉพาะที่ระบบประสาท

1. สาเหตุทางจิตใจ

ปัญหาทางด้านอารมณ์จิตใจที่สำคัญ (เอนก อารีพรพรค, 2525) คือความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องเพศมากเกินไป เช่น กลัวที่จะไม่สามารถให้ความสุขแก่คู่ร่วมเพศ กลัวคู่ร่วมเพศจะเปรียบเทียบสมรรถภาพทางเพศของตนเองกับชายอื่นและพบว่าตนเองด้อยกว่า หรือวัยรุ่นชายก็อาจจะกลัวฝ่ายหญิงเยาะเย้ยว่างุ่มง่าม เกะกะ ขณะมีกิจกรรมทางเพศ จึงทำให้หลังน้ำกามอย่างรวดเร็ว

การหลังน้ำกามเร็วมักเป็นนิสัยที่ติดมาตั้งแต่วัยรุ่น เช่น อาจเคยชินกับการร่วมเพศที่เร่งรีบหรือลึกลอบกระทำซึ่งจะต้องรีบหลังให้เสร็จก่อนที่พ่อแม่หรือผู้ที่ผ่านมาจะพบเห็น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพียงเพื่อการปลดปล่อยความใคร่อย่างรวดเร็วเท่านั้น หรืออาจจะเกิดจากการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ซึ่งกระทำด้วยความละอายหรือกลัวว่าจะมีคนมาขัดจังหวะ รวมทั้งอาจเกิดจากความเคยชิน ในการดึงเอาองคชาติออกมาหลังน้ำกามภายนอกช่องคลอดบ่อยๆทำให้ไม่รู้จักรับรู้ความรู้สึกการหลังน้ำกามของตนเอง

ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่า คนพวกนี้มีความรู้สึกอยากให้ผู้หญิงเจ็บ (sadistic feeling) อย่างรุนแรงอยู่ในจิตไร้สำนึก อาจมีความเคียดแค้นผู้หญิงในจิตไร้สำนึก เป็นการแก้แค้นไม่

ต้องการให้ผู้หญิงมีความสุขทางเพศ (จิตราภรณ์ บุญถนอม, 2547) อาการดังกล่าวซึ่งทำให้ผู้หญิง เบื่อ นสปรก และไม่มีความสุข เป็นการแสดงออกของความรู้สึกนั้นหรือในจิตไร้สำนึก คิดว่าการที่ผู้หญิงต้องการให้เขาหลังน้ำกามช้าลง เป็นการแสดงความเป็นนายเหนือเขา เขาจึงเกิดอาการหลังเร็วเป็นการต่อต้านเธอ

แพทย์บางคนเชื่อว่าความไม่ปรองดองกันระหว่างสามีภรรยา เป็นสาเหตุของการหลังน้ำกามเร็ว เนื่องจากอารมณ์ก้าวร้าวของสามีที่มีต่อภรรยา จะทำให้เขาขาดการควบคุมการหลังน้ำกาม แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสอย่างเดียวไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น

สาเหตุทางจิตใจที่อาจจะทำให้มีอาการหลังเร็ว (สุวิทนา อารีพรรค, 2550) สามารถสรุปได้ว่าเกิดจาก

1. ความเกลียดชังเพศหญิง
2. ความกลัวต่อช่องคลอด
3. ความขัดแย้งทางจิตใจที่มีต่อคู่นอน
4. ความวิตกกังวลและความกลัวต่อการตั้งครรภ์

คนไข้ที่มีสาเหตุมาจากจิตใจนี้ มักเป็นคนอายุน้อย ทำให้เชื่อว่าความสามารถในการควบคุมการหลังน้ำกามนี้ จะพัฒนาไปตามอายุและประสบการณ์ทางเพศ คล้ายกันกับภาวะปัสสาวะรดที่นอนในเด็ก (enuresis) ซึ่งการควบคุมการปัสสาวะจะพัฒนาดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น

2. สาเหตุทางร่างกาย

สาเหตุทางร่างกาย ที่ควรนึกถึงคือโรคที่เกิดบริเวณท่อปัสสาวะส่วนหลัง (posterior urethra) เช่น ต่อมลูกหมากอักเสบ หรือโรคระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการหลังน้ำกาม แพทย์บางคนเชื่อว่าอวัยวะเพศของชายพวกนี้มีความรู้สึกไวเกินไปต่อการกระตุ้นทางเพศ จึงแนะนำวิธีแก้ไขโดยใช้ถุงยางอนามัย ยาชาเฉพาะที่ การทำให้ตนเองเจ็บขณะร่วมเพศ การขมิบก้น การอาบน้ำเย็น การออกกำลังกาย การดื่มสุราหรือการใช้ยากระตุ้นประสาท และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองก่อนการร่วมเพศ แต่การรักษาด้วยวิธีดังกล่าว พบว่ายังไม่สามารถควบคุมการหลังน้ำกามได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงแสดงว่าความเชื่อข้างต้นไม่น่าจะเป็นความจริง (สุวิทนา อารีพรรค, 2528)

ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าสาเหตุทางร่างกายนั้นอาจจะพบได้ใน (เอนก อารีพรรค, 2548)

1. คนไข้หลังพิการบางประเภท

2. คนที่อยู่ในระยะ withdrawal ของสารเสพติดหรือยาทางจิตเวชบางชนิด เช่น สารกลุ่ม opioids เป็นต้น และอาจจะพบร่วมกับการรับประทานยาบางชนิด หรือ

3. คนใช้ต่อมลูกหมากอักเสบบางราย

4. บางรายสาเหตุอาจเป็นผลต่อเนื่องมาจาก ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติ (secondary premature ejaculation) ทำให้คนใช้หลังน้ำกามเร็ว เนื่องจากกลัวว่าองคชาติจะอ่อนตัวก่อนที่จะถึงจุดสุดยอด

Sheldon OB. (1997) ได้กล่าวถึงอาการหลังเร็วไว้ว่า มีสาเหตุปัจจัยต่างๆ คือ

1. การเจริญถึงขั้นของวุฒิภาวะทางเพศ (อายุ 13-14 ปี) ซึ่งพร้อมที่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เนื่องจากมีความต้องการทางเพศเกิดขึ้น และต้องการที่จะลดแรงขับทางเพศนั้น จะเริ่มมีการเรียนรู้วิธีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในสถานการณ์จริง ซึ่งอาจทำให้มีการหลังเกิดขึ้นภายใน 1-2 นาที และหากมีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ติดเป็นนิสัยกลายเป็นอาการหลังเร็ว

2. การมีคู่นอนที่อายุน้อยกว่าหรือเด็กกว่ามาก ซึ่งยังไม่เคยผ่านประสบการณ์ทางเพศมาก่อน เมื่อถึงจุดหนึ่งที่ได้รับการกระตุ้นสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ด้วยการที่ไม่มีทักษะจึงไม่มีการลดหรือชะลออารมณ์ความตื่นเต้นทั้งคู่ ฝ่ายชายจึงเกิดการเรียนรู้ที่จะถึงจุดสุดยอดที่รวดเร็วกว่าที่ควรจนเป็นความเคยชิน

3. ผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศแบบง่าย ๆ คือการซื้อบริการทางเพศ เนื่องจากมีความต้องการทางเพศ และมีเวลาจำกัด การมีเพศสัมพันธ์ในจุดมุ่งหมายนี้เพียงเพื่อต้องการลดอารมณ์ทางเพศ จึงรีบเร่งให้เสร็จกิจ ทำให้เกิดความเคยชินติดเป็นนิสัยเกิดเป็นพฤติกรรมที่ฝังใจ

4. ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์เพียงเพื่อการมีบุตร ในบางรายมีเพศสัมพันธ์เพียงให้เกิดการหลังภายในช่องคลอดเพื่อให้เกิดการปฏิสนธิระหว่างอสุจิและไข่ มิได้มีเพศสัมพันธ์เพื่อความสุขของชีวิตคู่ ทำให้เกิดเป็นอาการหลังเร็ว

จากกิจกรรม พฤติกรรมหรือสาเหตุดังกล่าว จะทำให้เกิดการเรียนรู้และจดจำและกลายเป็นพฤติกรรมหรือนิสัยทำให้เกิดอาการหลังเร็วในที่สุด

อย่างไรก็ตามรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ถึงสาเหตุของอาการหลังเร็ว จากที่มีรายงานตีพิมพ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2430 จนถึง พ.ศ. 2544 สมมติฐานของภาวะนี้ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุทางด้านจิตใจ และรักษาด้วยวิธีจิตวิเคราะห์ (psychotherapy) นั้น ไม่ได้มีการวิจัยอย่างเพียงพอที่จะสนับสนุนความเชื่อนี้ ในขณะที่การวิจัยในสัตว์ทดลอง บ่งชี้ว่าอาการหลังเร็วแบบปฐมภูมิ (primary premature ejaculation) น่าจะมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของระบบประสาท (neurobiological

phenomenon) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการส่งสัญญาณของระบบประสาทส่วนกลางผ่านทาง serotonin (central serotonergic neurotransmission) และเป็นไปได้อย่างมากที่อาจจะมีปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย (เอนก อารีพรอค, 2548)

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยอาการหลังเรื้อรังนั้นต้องให้ความสำคัญตั้งแต่กระบวนการการสอบถามซักประวัติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ในการ ประเมินพิจารณาสาเหตุ และปัจจัยโดยมี มีหลักการปฏิบัติคือการซักประวัติคนไข้ควรเป็นกันเอง ใช้ห้องที่มิดชิดเนื่องจากคนไข้ส่วนใหญ่อายที่จะเล่าเรื่องส่วนตัว หรือความล้มเหลวในการมีเพศสัมพันธ์ของตนเอง โดยเริ่มต้นให้คนไข้ มีความรู้สึกสบายใจที่จะเล่าเรื่องที่ตนเองมาปรึกษาแพทย์ ถามคำถาม ซึ่งจะทำให้คนไข้ไว้ใจและเป็นกันเอง ควรต้องเล่าเรื่องหรือยกตัวอย่างให้ฟังว่าเป็นเรื่องปกติที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ การซักประวัติครอบคลุม ประวัติการแต่งงาน ประวัติทางด้านจิตใจ และประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติโดยทั่วไปในการใช้ยา เปลี่ยนยาหรือการใช้สารเสพติดบางชนิดมาก่อน ดังที่มีการการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับยากลุ่มเซโรโทนิน สเปกซิฟิก รีอัฟเทค อินฮิบิเตอร์ผู้ป่วยร้อยละ 38.1 มีการหลังน้ำกามได้ช้าหรือเร็วกว่าความต้องการ (จิตราภรณ์ บุญถนอม, 2547) และ ประวัติการสูบบุหรี่ การผ่าตัดในช่องท้องอุ้งเชิงกราน และบริเวณไขสันหลัง ก็ควรจะให้แพทย์ทราบซึ่งจะมีประโยชน์มาก ประวัติการติดเชื้ออักเสหรือการป่วยด้วยโรคทางจิตมาก่อน ประวัติการใช้ยาที่ใช้ในการบำบัดทางด้านจิตเวช (เอนก อารีพรอค, 2548)

การซักประวัติควรจะแยกให้ได้ว่าอาการหลังเรื้อรังนั้นเป็นชนิด primary หรือ acquired ในรายที่เป็นแบบ acquired แพทย์ควรสอบถามสาเหตุที่อาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีอาการหลังเรื้อรัง ทั้งโรคทางร่างกาย ทางจิตใจ และการใช้หรือหยุดยาบางชนิด ถ้าเป็นไปได้ควรจะทำการซักประวัติของภรรยาหรือคู่นอนของคนไข้ เพื่อที่จะได้ทราบความรุนแรงของปัญหา และปัญหาความสัมพันธ์ของชีวิตคู่ (เอนก อารีพรอค, 2548)

เครื่องมือและเกณฑ์ในการวินิจฉัยดังต่อไปนี้

1. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, DSM-IV และ DSM-IV-TR)

เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย APA หรือ American Psychiatric Association (2000) ซึ่งใช้ในการจำแนกลักษณะของอาการความบกพร่องทางเพศ ซึ่งอาการหลังเรื้อรัง เป็นความบกพร่องทาง

เพศชนิดความผิดปกติของการหลังชนิดหนึ่ง ดังนั้นก่อนที่จะพิจารณาว่าอาการหลังเรื้อรังนั้นเป็นอย่างไร จะต้องทราบ ถึงเกณฑ์การวินิจฉัยของความบกพร่องทางเพศ ดังนี้

1.1 จำแนกลักษณะตามการเกิด ได้แก่

Lifelong Type

เกิดอาการความบกพร่องทางเพศ ตั้งแต่ครั้งแรกที่มีเพศสัมพันธ์

Acquired Type

เกิดอาการความบกพร่องทางเพศ หลังจากการที่เคยเป็นปกติมาก่อน

1.2 จำแนกลักษณะตามสิ่งแวดล้อม ได้แก่

Generalized Type

เป็นอาการความบกพร่องทางเพศที่ไม่ได้เกิดขึ้น จากการถูกระตุ้นเร้า สถานการณ์ หรือ คุนอนประจำ

Situational Type

เป็นอาการความบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้น จากการถูกระตุ้นเร้า สถานการณ์ หรือ คุนอนประจำ

1.3 จำแนกลักษณะตามสาเหตุและการเกิดโรค ได้แก่

Due to Psychological Factors

เป็นความบกพร่องทางเพศที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านจิตใจ เพียงอย่างเดียว ที่ทำให้เกิดอาการ ก่อให้เกิดความรุนแรงของอาการ ทำให้อาการแย่ลง หรือกลายเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางเพศ และไม่ใช้ผลกระทบข้างเคียงจากการใช้ยาหรือสารเสพติด

Due to Combined Factors

เป็นปัจจัยที่มีผลมาจากสิ่งต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านจิตใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการ ก่อให้เกิดความรุนแรงของอาการ ทำให้อาการแย่ลง หรือกลายเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางเพศ และ

2. การใช้ยาหรือสารเสพติด มีส่วนในการทำให้เกิดอาการ แต่ต้องไม่ได้ใช้เพื่อการรักษาโรค

เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการหลังเรื้อรัง

American Psychiatric Association (2000) ได้อธิบายถึงเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการหลังเรื้อรังไว้ว่าต้องเกิดตามลักษณะของคุณสมบัติต่อไปนี้

1) ไม่สามารถควบคุมหรือการยับยั้งการหลั่งน้ำกามเมื่อเข้าสู่ระยะถึงจุดสุดยอด หรือเกิดการหลั่งในระยะที่ถูกกระตุ้นทางเพศ ก่อนที่จะสอดใส่ ในขณะที่สอดใส่ หรือเมื่อมีการสอดใส่เพียงชั่วขณะ และช่วงระยะเวลาดังกล่าวบุคคลไม่เป็นที่พึงพอใจ

ข้อสังเกตอาการ

แพทย์จำเป็นต้องดูปัจจัยที่มีผลกระทบโดยตรงในช่วงของ ระยะกระตุ้น เช่น ช่วงอายุ ความแปลกใหม่ของคู่นอน และความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งผู้ชายส่วนใหญ่ที่มีอาการหลั่งเร็วจะสามารถยืดระยะเวลาการหลั่งในสถานการณ์ที่สำเร็จความใคร่ด้วยตนเองมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่

2) เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดความแตกแยก และก่อให้เกิดความเครียดกังวลใจ หรือเกิดความยุ่งยากลำบากภายในตัวบุคคล

3) ต้องไม่ใช่ผลที่เกิดจากการใช้สารเสพติด สารเคมีหรืออยู่ภายใต้ฤทธิ์ของยาซึ่งอยู่ในระหว่างการรักษาโรค

2. The short Intravaginal Ejaculatory Latency Time (IELT)

เครื่องมือนี้ถูกเสนอใช้โดย Waldinger และคณะ (2005 อ้างถึงใน Levent Gurkan และคณะ, 2008) โดยการวินิจฉัยด้วยเครื่องมือนี้ ใช้เกณฑ์ของระยะเวลาเป็นเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ที่มีอาการหลั่งเร็ว โดยใช้นาฬิกาจับเวลา ตั้งแต่ เริ่มการมีการสอดใส่องคชาติเข้าไปภายในช่องคลอด จนถึงระยะถึงจุดสุดยอดที่มีการหลั่งน้ำกาม และให้คำจำกัดความของอาการหลั่งเร็วไว้ว่า “หากระยะเวลาที่มีการสอดใส่องคชาติ เข้าไปสู่ภายในช่องคลอดและเกิดการหลั่ง โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด น้อยกว่า 1 นาที ถือว่า “เป็น” อาการหลั่งเร็ว ซึ่งเกณฑ์โดยเครื่องมือนี้ จะไม่รวมปัจจัยอื่นๆ

เกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการหลั่งเร็วที่เป็นที่ยอมรับกันมากที่สุดในขณะนี้คือ คำนิยามของสมาคมจิตแพทย์ชาวอเมริกัน (2000 อ้างถึงใน เอนก อารีพรรค, 2548) ซึ่งมีเกณฑ์ในการวินิจฉัย 3 ประการด้วยกันคือ

ก. การหลั่งน้ำกามโดยที่เกิดขึ้นหลังจากมีการกระตุ้นเพียงเล็กน้อย โดยอาจจะเกิดขึ้นก่อนที่จะมีการสอดใส่ขณะที่สอดใส่ หรือเป็นเวลาสั้นๆ ภายหลังจากสอดใส่ ก่อนที่บุคคลนั้นจะปรารถนาให้เกิดขึ้น

ข. ก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสหรือคู่นอน และ

ค. โดยอาการหลั่งเร็วนี้จะต้องไม่ได้เกิดจากยาหรือสารเคมีบางชนิด

Polonsky (2000 อ้างถึงใน Adam JM. และคณะ, 2004) ได้จัดประเภทอาการหลังเร็วตามลักษณะอาการและการรักษาไว้ 4 ลักษณะ คือ

1. Simple ประเภทนี้มักเกิดกับผู้ชายซึ่งยังไม่สมรส ต้องการควบคุมการหลังให้ดีขึ้น เพื่อพิสูจน์ว่าตนเองมีความสามารถที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้
2. Simple plus relational ประเภทนี้เกิดกับผู้ชายที่สมรสหรือมีคู่ และคู่เองต้องมีส่วนร่วมในการรักษา
3. Complicated ลักษณะนี้เป็นก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ ซึ่งส่งผลไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างคู่ด้วย เช่น ผู้ชายเองไม่สามารถที่จะให้มีความสุขกับคู่ของตนเองได้อย่างที่เคยเป็น
4. Complicated and relational ประเภทนี้ทำให้เกิดปัญหาขั้นรุนแรงถึงกับหยุดความสัมพันธ์หรือการมีเพศสัมพันธ์ได้

David L Rowland (2004) ได้อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของอาการหลังเร็วไว้ว่า สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. Primary Premature Ejaculation มีปัญหาของอาการหลังเร็วมานับตั้งแต่เริ่มแรกของการมีประสบการณ์ทางเพศและมีปัญหาต่อเนื่องเรื่อยมา
2. Secondary Premature Ejaculation มีปัญหาของอาการหลังเร็วเกิดขึ้นภายหลังจากที่ตนเองปกติมาก่อน ซึ่งอาจจะเกิดมาจากพยาธิสภาพทางการทำงานของระบบทางร่างกาย และพบมากอาการร่วมกับอาการข้างเคียงของอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือ ED (Erectile Dysfunction) อาจเกิดอาการหลังเร็วได้ภายในระยะเวลาเพียง 2-3ปีต่อมา

การรักษาอาการหลังเร็ว

Montague DK. และคณะ (2004) กล่าวว่า อาการหลังเร็วมีผลกระทบกับคู่สามีภรรยาในเรื่องของการใช้ชีวิตคู่อย่างมาก และเป้าหมายของการรักษาอาการหลังเร็วควรได้รับการตรวจสอบทั้งในผู้ป่วยและคู่ด้วย ทั้งในเรื่องของความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของทั้งคู่

จะเห็นได้ว่าความบกพร่องของการหลังน้ำกามเป็นภาวะที่พบได้บ่อยมากในเวชปฏิบัติ (เอนก อารีพรรค, 2548) อันก่อให้เกิดผลกระทบกับความสัมพันธ์ของครอบครัวตามมามากมาย แต่กลับเป็นภาวะที่ถูกละเลยทั้งแพทย์ผู้ดูแลและคนไข้เอง ดังนั้นแพทย์ควรจะทำให้ความสนใจในการให้ความรู้แก่ประชาชน วิธีการดูแลรักษาคนไข้กลุ่มนี้ ซึ่งรักษาได้ง่ายและเป็นประโยชน์อย่างสูง

1. การรักษาเชิงพฤติกรรม (Behavioral therapy)

เป็นการรักษาโดยการแนะนำให้คนไข้ใช้วิธีต่างๆ ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ (เอนก อารีพรอค, 2548) เช่น Semans pause maneuver คือหยุดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนที่จะมีการหลั่งจากนั้นทิ้งระยะเวลาให้หมดอารมณ์จนอวัยวะเพศอ่อนตัวและไม่รู้สึกอยากจะหลั่ง แล้วจึงเริ่มทำการกระตุ้นให้แข็งตัวและมีเพศสัมพันธ์ใหม่อีกครั้ง และ Kaplan stop-start method ซึ่งจะแนะนำให้มีการหยุดการเคลื่อนไหวเป็นครั้งคราว โดยวิธี Stop-start technique (อ้างถึงใน สุวัฒนา อารีพรอค, 2528) มีวิธีคือให้ภรรยากระตุ้นองคชาติของสามีด้วยมือ จนใกล้จะหลั่งน้ำกามก็หยุดการกระตุ้นรอให้องคชาติอ่อนตัวและผู้ป่วยหมดความรู้สึกอยากหลั่งน้ำกามจึงกระตุ้นใหม่ ทำซ้ำๆ อย่างนี้หลายๆครั้ง จึงยอมให้ผู้ป่วยหลั่งน้ำกามได้

เมื่อคนไข้สามารถควบคุมการหลั่งน้ำกามจากการกระตุ้นด้วยมือได้ จึงให้ร่วมเพศกันจริงๆ โดยใช้ทำผู้หญิงอยู่บน แต่จะต้องฝึกควบคุมการหลั่งน้ำกามด้วย โดยเมื่อฝ่ายชายมีความรู้สึกอยากจะหลั่งน้ำกาม ก็ให้ฝ่ายหญิงหยุดกระตุ้นหรือแยกตัวออกจากฝ่ายชาย จนฝ่ายชายหมดความรู้สึกอยากที่จะหลั่งน้ำกาม จึงเริ่มร่วมเพศใหม่ ทำเช่นนี้หลายๆ ครั้ง จึงอนุญาตให้ฝ่ายชายหลั่งน้ำกามได้ เมื่อฝ่ายชายสามารถควบคุมการหลั่งน้ำกามได้โดยการร่วมเพศทำผู้หญิงอยู่บนแล้ว จึงร่วมเพศทำตะแคงและทำชายอยู่บนตามลำดับ ในลักษณะเดียวกันกับการร่วมเพศทำผู้หญิงอยู่บน ถ้าชายสามารถควบคุมการหลั่งน้ำกามได้ ก็แสดงว่าหายจากปัญหาดังกล่าว

Sheldon OB. (1997) ได้อธิบายถึงกระบวนการ 8 ขั้นตอนในการเพิ่มศักยภาพในการควบคุมอาการหลังเร็วของตนเอง โดยขั้นตอนที่ 1-4 สามารถทำได้โดยลำพัง ส่วนขั้นตอนที่ 5-8 ต้องทำร่วมกับคู่อีกจะสามารถที่จะทำให้การควบคุมอาการหลังเร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 1 Start/Stop (เริ่มแล้วหยุด) เริ่มต้นด้วยการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองจนกระทั่งใกล้จะหลั่ง ให้หยุดในทันทีพักประมาณ 15 วินาทีหรือมากกว่านั้น หลังจากนั้นให้เริ่มต้นการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองใหม่จนใกล้จะหลั่งก็ให้หยุดทันที ทำเช่นนี้ประมาณ 20 นาทีจะช่วยในการปรับร่างกาย

ขั้นตอนที่ 2 Start/Slow down (เริ่มแล้วชะลอช้าลง) ให้ทำคล้ายกับขั้นตอนที่ 1 แต่เมื่อใกล้ที่จะถึงจุดสุดยอดให้ค่อยๆทำให้ช้าลงแทนที่จะหยุดในทันที หลังจากนั้นให้กระตุ้นเล่าโลมตนเองเพื่อให้ถึงจุดสุดยอดและชะลอการช่วยตนเองลง ทำอย่างนี้ประมาณ 20 นาที

ขั้นตอนที่ 3 Start/Stop with Lubrication (เริ่มแล้วหยุด ร่วมกับการใช้ครีมหล่อลื่น) ทำคล้ายขั้นตอนที่ 1 แต่ให้ทำร่วมกับการใช้ครีมช่วยในการหล่อลื่นเพื่อให้ได้รับการกระตุ้นได้มากขึ้น ทั้งยังเป็นการทำให้อันตะไกวต่อการกระตุ้น

ขั้นตอนที่ 4 Start/Slow down with Lubrication (เริ่มแล้วชะลอช้าลง ร่วมกับการใช้ครีมหล่อลื่น) ทำคล้ายขั้นตอนที่ 2 แต่ให้ทำร่วมกับการใช้ครีมช่วยในการหล่อลื่นเพื่อให้ได้รับการกระตุ้นได้มากขึ้น ทั้งยังเป็นการที่ทำให้อวัยวะไวต่อการกระตุ้น

จากนั้นทำกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1-4 กับคู่นอน โดยบอกคู่นอนเมื่อเริ่มต้น หยุด ชะลอให้ช้าลง หรือเร่งจังหวะขึ้น เพื่อช่วยให้อ่านใจเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัตินั้น

ขั้นตอนที่ 5 Penetration without thrusting (สอดใส่โดยไม่มีการขยับร่างกาย/กระแทก) สอดใส่อวัยวะเพศเข้าไปในช่องคลอดของคู่นอนแต่ให้อยู่นิ่งๆ ประมาณ 10-20 นาที โดยไม่มีการขยับร่างกาย/กระแทก หรือมีการหลัง

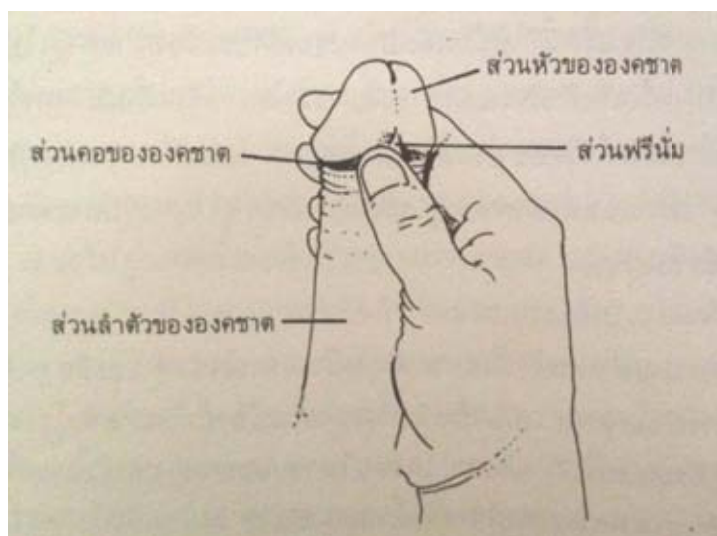
ขั้นตอนที่ 6 Start/Stop intercourse, partner above (เริ่มแล้วหยุด ให้สอดใส่โดยหญิงอยู่ด้านบน) ขั้นตอนนี้เมื่อฝึกเทคนิคการเริ่มและหยุดในทันทีจนชำนาญแล้วก็สามารถที่จะเริ่มกิจกรรมทางเพศที่มีการสอดใส่ได้แต่ให้คู่นอนเป็นผู้ควบคุมจังหวะโดยขึ้นอยู่ด้านบนของคนใช้ตลอดกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 7 Start/Stop intercourse, partner below (เริ่มแล้วหยุด ให้สอดใส่โดยหญิงอยู่ด้านล่าง) ขั้นตอนนี้เมื่อฝึกเทคนิคการเริ่มและหยุดในทันทีจนชำนาญแล้วก็สามารถที่จะเริ่มกิจกรรมทางเพศที่มีการสอดใส่ได้แต่ให้คู่นอนเป็นผู้ควบคุมจังหวะโดยอยู่ด้านล่างของคนใช้ตลอดกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 8 Start/Stop intercourse, other positions (เริ่มแล้วหยุด สอดใส่โดยเปลี่ยนท่า) เป็นการฝึกขั้นตอนที่ 6-7 ซึ่งเปลี่ยนแปลงท่าที่เลือกใช้ตามความชอบและเหมาะสม

ซึ่งขั้นตอนต่างๆ เหล่านี้จำเป็นจะต้องใช้เวลาในการฝึกประมาณ 10-14 สัปดาห์ ผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับความถี่และความสม่ำเสมอในการมีกิจกรรมทางเพศ ซึ่งปัจจัยนี้เอื้อต่อการที่ทำให้เกิดความชินและชำนาญในการควบคุมการหลังของผู้ฝึกได้

และ ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาเทคนิคการรักษาที่โด่งดังและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์คือ Master and Johnson pause-squeeze technique หรือ “บีบที่คอองคชาติ” (1970 อ้างถึงใน สุวัทนา อารีพรรค, 2528) โดยดัดแปลงวิธีการรักษาของซีแมนส์ โดยแทนที่จะปล่อยให้องคชาติอ่อนตัวและหมดความรู้สึกอยากหลั่งน้ำกามไปเอง โดยหลักการคือการรักษาจึงต้องกระทำร่วมกันจึงจะมีประสิทธิผล



รูปที่ 3 แสดงการบีบที่ปลายองคชาต (squeeze technique) (สุวิทนา อารีพรรค, 2528: 78)

การบีบที่ปลายองคชาต (เอนก อารีพรรค, 2548) เป็นการสอนให้ฝ่ายชายสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ยาวนานขึ้น โดยเมื่อฝ่ายชายและฝ่ายหญิงเริ่มมีการเสียดสีจนมีการตื่นตัวขององคชาตที่ดีแล้วให้ฝ่ายหญิงใช้นิ้วบีบที่ปลายองคชาต โดยบีบให้แน่นประมาณ 3-5 วินาที และให้หยุดพักประมาณ 10-15 วินาที เพื่อเป็นการฝึกให้มีความอดทนมากขึ้น แต่ต้องฝึกเพื่อให้ผลการรักษาคงอยู่ต่อไป เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยต้องฝึกอย่างต่ำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลังจบการรักษาโดยสมบูรณ์แล้วถ้าอาการเกิดขึ้นอีกก็ให้เริ่มฝึกปฏิบัติใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่จะดีขึ้นในไม่ช้า (สุวิทนา อารีพรรค, 2550) แต่ผลสำเร็จในการรักษาโดยวิธีเหล่านี้มีรายงานไว้ว่าได้ผลดีในระยะเริ่มต้นถึงร้อยละ 60-95 แต่เนื่องจากคนไข้ส่วนมากต้องการการรักษาให้หายขาดทันทีในระยะสั้น ทำให้การรักษาด้วยวิธีเหล่านี้ไม่ค่อยได้ผลที่ดีนัก Bancrft J. และคณะ (1976 อ้างถึงใน เอนก อารีพรรค, 2548) ได้การติดตามผลความสำเร็จจากการใช้วิธีเหล่านี้ 3 ปี ภายหลังจากการปฏิบัติพบว่าจะประสบความสำเร็จลดลงเหลือเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น แต่วิธีการนี้ในทางปฏิบัติผู้ชายจะไม่นิยมการถอดองคชาตออกมาจากช่องคลอด ภายหลังจากการเริ่มมีการสอดใส่เข้าไปแล้ว ทำให้คนไข้หลายๆ รายไม่ประสบความสำเร็จด้วยวิธีการนี้ ในรายที่ไม่ได้ผลจากการรักษาเชิงพฤติกรรม อาจจะต้องให้การรักษาด้วยยาาร่วมด้วย ได้แก่ยาารับประทานและยาทาเฉพาะที่

Master และ Johnson (1970) และ Hawton K. และ Catalan J. (1986 อ้างถึงใน เอนก อารีพรรค, 2548) ยังแนะนำให้ผู้ที่มีการหลังเร็วฝึกขมิบให้มีความอดทนมากขึ้น โดยการขมิบกล้ามเนื้อหูรูดที่ pelvic diaphragm ในการหลังแต่ละครั้ง นอกจากนี้บางท่านแนะนำให้สำเร็จความใคร่ด้วยตนเองก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ เพื่อให้คนไข้เหล่านี้สามารถมีเพศสัมพันธ์ในครั้งที่สองได้ยาวนานขึ้น การแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยอาจจะช่วยได้ในคนไข้บางราย แต่พบว่าส่วนใหญ่จะได้อดทนใช้ด้วยตนเอง ก่อนที่จะมาพบแพทย์แล้ว

เขมิกา ยามะรัต และคณะ (2541) ได้เสนอวิธีการแก้ไขปัญหาอาการหลังเร็ว ไว้ว่า ควรใช้การเล้าโลมก่อนการร่วมเพศ การกระตุ้นฝ่ายหญิง การไม่ขยับเขยื้อนมากระหว่างการร่วมเพศ การหยุดพักเป็นระยะๆ การใช้เวลาช้าๆ การเบี่ยงเบนอารมณ์เพศ การทำใจ การไม่คิดถึงเรื่องเพศ การสร้างมโนภาพ การควบคุมสติเมื่อตื่นเต้นมาก การไม่รีบร้อน การรู้จักการผ่อนคลาย การปล่อยตามธรรมชาติ การฝึกขมิบทวาร การถอนอวัยวะเพศออกชั่วคราวเมื่อรู้สึกจะหลัง การใช้มือช่วยการให้ฝ่ายหญิงอยู่ข้างบน การใช้สารหล่อลื่น เป็นต้น

2. การรักษาด้วยยารับประทาน

ยาที่รับประทานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันได้แก่ กลุ่ม antidepressants (clomipramine) และกลุ่ม selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRI: fluoxetine, sertraline, paroxetine และ citalopram) เนื่องจากยากลุ่มนี้ใช้ในคนไข้ทางจิตและคนไข้โรคซึมเศร้า และผลข้างเคียงของยา คือทำให้เกิด delayed orgasm และ ejaculation

3. การรักษาด้วยยาทา

การรักษาด้วยยาทาเฉพาะที่ถูกนำเข้ามาใช้ในการรักษาอาการหลังเร็ว Xin และคณะ (1996 อ้างถึงใน เอนก อารีพรรค, 2548) ได้รายงานผลการใช้ SS-cream (Severance Secret Cream) ซึ่งเป็นครีมที่ผสมด้วยสารสกัดจากยาสมุนไพร มีการรายงานผลจากการศึกษาในคนไข้ 106 รายที่ประเทศเกาหลี พบว่า mean ejaculatory latency ก่อนเริ่มการรักษาคือ 1.37 +/- 0.12 นาที ภายหลังการรักษาด้วยยาหลอด 2.45 +/- 0.29 นาที และภายหลังการรักษาด้วย SS-cream เท่ากับ 10.92 +/- 0.95 นาที ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มยาหลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คนไข้มีความพึงพอใจในกลุ่มที่ใช้ยา SS-cream ร้อยละ 82.19 นอกจากนี้มีการผลิตยาทาชนิดอื่นๆ เช่น 0.9% Lidocaine gel ซึ่งเป็นยาที่มีใช้กันทั่วไปอยู่แล้ว (เอนก อารีพรรค, 2548)

4. การรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ

สุวัทนา อารีพรรค (2528) ได้เสนอวิธีทำให้ฝ่ายชายมีความรู้สึกช้าลง เพื่อยืดระยะเวลาการหลัง ซึ่งที่แนะนำคือ

1. การสวมถุงยางอนามัย

วิธีนี้บางครั้งก็ช่วยได้ในกรณีที่อาการหลังน้ำกามเร็วของผู้ชายเป็นไม่มากนัก เพราะถุงยางทำให้องค์ชาติเสียดสีกับช่องคลอดน้อยลง ผู้ชายจึงเกิดความรู้สึกช้า แต่วิธีนี้บางคนก็ไม่ชอบ เพราะทำให้เกิดความรู้สึกที่องศาตน้อยกว่าที่เคยได้รับจากการร่วมเพศแบบไม่สวมถุงยางอนามัย

McMahon CG. และคณะ (2008 อ้างถึงใน Albersen M. และคณะ, 2009) ได้เสนอวิธีการรักษาอาการหลังเร็วไว้ว่า การรักษาควรให้ตั้งแต่ความรู้และการให้คำปรึกษาเพื่อกำหนดถึงความสัมพันธ์, เป้าหมายในการแก้ไขรักษาให้ถึงความพึงพอใจในด้านของการมีสัมพันธ์ทางเพศ และเรียนรู้ถึงเทคนิคการใช้ท่าทางหรืออวัยวะของร่างกายเพื่อช่วยในการยืดระยะเวลาการหลังให้ยาวนานขึ้น รวมไปถึงการใช้ยากลุ่ม selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRI), Opioids และ ยาชาเข้าช่วยแก้ไขรักษาด้วย

Albersen M. และคณะ (2009) ได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการหลังเร็วจากผลงานวิจัยและข้อมูลทางการแพทย์ต่างๆไว้และนำเสนอไว้ว่า อาการหลังเร็วที่เกิดขึ้นมักมีความสัมพันธ์กับอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่ผู้ชายไม่สามารถที่จะทำให้เกิดการแข็งตัวของอวัยวะเพศได้ แต่การรักษาที่เกิดขึ้นมักมุ่งประเด็นไปที่อาการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศก่อน ส่วนการบำบัดอาการหลังเร็วอาจรวมถึงการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเรื่องของความสัมพันธ์ การตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงของความพึงพอใจกับสัมพันธ์ภาพทางเพศ รวมถึงการเรียนรู้เทคนิคที่จะใช้ชะลอการหลัง รวมถึงทางเภสัชกรมีการแนะนำเรื่องของยาที่สามารถใช้เพื่อช่วยเหลืออาการหลังเร็ว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Hartmut Porst และคณะ (2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่เลือกต่อความผิดปกติ และความพึงพอใจกับกระบวนการรักษาอาการหลังเร็ว โดยทำการสำรวจผ่านระบบอินเทอร์เน็ต โดยใช้แบบสำรวจ PE Prevalence and Attitudes (PEPA) survey โดยสำรวจกับชายที่มีอายุ ระหว่าง 18 – 70 ปี ในสหรัฐอเมริกา เยอรมันนี และอิตาลี (n=12,133) ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามจะตอบด้วยตนเอง ถึงความสามารถในการควบคุมการหลังของตนเองในระดับต่ำหรือไม่สามารถควบคุมได้ รวมถึงความทุกข์ใจถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตนเอง กับคู่นอน หรือทั้งคู่ จากการสำรวจพบว่า อัตราการเกิดอาการหลังเร็ว พบได้ร้อยละ 22.7 (ในกลุ่มชายชาวสหรัฐอเมริกา พบร้อยละ 24.0 ในกลุ่มชายชาวเยอรมัน พบร้อยละ 20.3 และชายชาวอิตาลี พบร้อยละ 20.0) จากการทดสอบทางสถิติพบว่าอาการหลังเร็วไม่มีความสัมพันธ์กับชายที่มีอายุมากกว่า 24 ปีขึ้นไป ผู้ชายที่ประเมินตนเองว่าตนเองมีอาการหลังเร็วยังพบว่า มีความ

บกพร่องทางเพศอื่นๆ ร่วมด้วย (เช่น ไม่มีความต้องการทางเพศ ความบกพร่องทางสมรรถภาพทางเพศ) รวมถึงสภาพการถูกรบกวนทางจิตใจ (เช่น อาการซึมเศร้า ความกังวลกลัวไม่มีความเครียด) ซึ่งมีสูงกว่าคนที่ไม่มีอาการหลังเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และพบว่าชายที่มีอาการหลังเร็วมากกว่าร้อยละ 70 มีการระวังตนเองจากการแสดงอาการต่อหน้าคู่นอนและมากกว่าร้อยละ 50 มีวิธีการที่จะปิดบังอาการหลังเร็วของตนเองด้วยการเลือกท่าในการมีเพศสัมพันธ์ หยุดพักการกระตุ้นระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง และการมีเพศสัมพันธ์ให้บ่อยขึ้นเพื่อชดเชยการหลังเร็ว และในจำนวนชายที่มีอาการหลังเร็วพบว่า มีร้อยละ 9.0 ที่มีการขอคำปรึกษาจากนักกายภาพบำบัดถึงกระบวนการรักษา และร้อยละ 81.9 มีการเริ่มคิดหาทางที่จะพูดคุยกับผู้ที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว และร้อยละ 91.5 ไม่ได้ให้ความคิดเห็นถึงการแสวงหากระบวนการรักษาอาการหลังเร็ว ซึ่งผู้วิจัยเองได้ให้ความคิดเห็นว่าการเกิดปัญหาทางเพศ ที่พบอัตราการเกิดอาการหลังเร็วมีอัตราที่สูง ซึ่งสัมพันธ์กับทั้งเรื่องทางเพศและความผิดปกติของสภาพจิตใจ กลุ่มผู้ชายที่มีอาการหลังเร็วไม่ได้คิดถึงการแสวงหากระบวนการช่วยเหลือจากนักบำบัด นั่นทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในกิจกรรมทางเพศของตนเองตามมา

Tricia Barners (2008) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อคู่ของผู้ป่วยที่มีอาการหลังเร็ว โดยการสำรวจฝ่ายหญิงซึ่งเป็นคู่นอนของผู้ป่วยที่มีอาการหลังเร็ว ถึงผลกระทบระหว่างความสัมพันธ์ในประเทศเยอรมันนี อิตาลี ฝรั่งเศส อังกฤษ และ สเปน จำนวน 1,074 คนโดยการตอบแบบสอบถามและใช้เครื่องมือ IELT เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกภรรยาที่มีสามีมีอาการหลังเร็ว โดยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 115 คน จากนั้นทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ชายที่มีอาการของการหลังเร็วก่อให้เกิดปัญหา และผลกระทบต่อฝ่ายหญิงซึ่งเป็นคู่นอนของชายที่มีอาการหลังเร็วในด้านใดบ้าง ซึ่ง ร้อยละ 79.7 มีความคิดเห็นว่ามีผลวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการนี้ในระดับถึงสูงมาก ร้อยละ 77.4 มีความคิดเห็นว่าการนี้มีผลกระทบโดยตรงต่อเพศสัมพันธ์ทั้งของฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ร้อยละ 80.1 ของกลุ่มผู้หญิงตัวอย่างให้ข้อมูลว่าตนไม่เคยคิดที่จะพูดคุยถึงปัญหาของอาการหลังเร็วที่ตนเองประสบกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านกายภาพบำบัด

Francois Giuliano และคณะ (2007) ได้ทำการสำรวจใน 5 ประเทศได้แก่ ฝรั่งเศส เยอรมันนี, อังกฤษ อิตาลี และ โปแลนด์ โดยใช้ The short Intravaginal Ejaculatory Latency Time (IELT) ทดสอบเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในการสำรวจอาการหลังเร็วในชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป จากประชากร 1,115 คน มีจำนวน 201 คน หรือ ร้อยละ 18.0 ที่มีอาการหลังเร็ว จากนั้นมีการ

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีอาการหลังเร็ว และไม่มีอาการหลังเร็วพบว่า ร้อยละ 75.1 ใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 นาที ร้อยละ 55.7 ใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 นาที และเมื่อศึกษาถึงความพึงพอใจในด้านต่างๆของผู้มีอาการหลังเร็ว ในด้านของความสามารถในการควบคุมอาการหลังเร็วมีเพียง ร้อยละ 13.2 ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่มีเพียง ร้อยละ 35.7 ไม่มีความตั้งใจเด็ดขาดกับการหลังของตนเองมีเพียง ร้อยละ 7.1 และมีความกดดันภายในตนเองต่ออาการหลังเร็วที่เกิดขึ้นมีถึง ร้อยละ 37.2

Hobbs K. และคณะ (2008) ได้ทำการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับเรื่องของความหย่อนสมรรถภาพทางเพศในคู่นอนของผู้ชายที่มีอาการหลังเร็ว โดยใช้ the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแล้วว่าเป็นผู้ที่มีอาการหลังเร็วและ The short Intravaginal Ejaculatory Latency Time (IELT) ในการคัดกรองผู้ชายที่ใช้ระยะเวลาของการควบคุมการหลังได้น้อยกว่า 2 นาที และเกิดอย่างน้อย 70% ของจำนวนครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งหมด ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นชายจำนวนทั้งสิ้น 228 คน และได้กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงจำนวน 139 คนที่มีสามีมีอาการหลังเร็ว พบว่า 77.7% ของผู้ชายที่มีอาการหลังเร็วยังมีอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศอื่นๆ ร่วมด้วย 55.2% พบว่าผู้ชายที่มีอาการหลังเร็วมีปัญหาในเรื่องของการรับสัมผัสจากการถูกระดุนแล้วโลมนอกจากนี้เมื่อสอบถามคู่นอนฝ่ายหญิงเกี่ยวกับปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้นเกิดขึ้นกับตนเอง หลังจากพบว่าสามีมีอาการหลังเร็ว พบว่า 35.6% ผู้หญิงมีความบกพร่องทางเพศเกิดขึ้นตามสามีที่มีอาการหลังเร็ว สรุปได้ว่า อาการหลังเร็วที่เกิดขึ้นนั้น ไม่เพียงแต่สร้างปัญหาให้ผู้ชายเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น แต่ยังทำให้ฝ่ายผู้หญิงเองเกิดภาวะความบกพร่องทางเพศตามไปด้วย

Riley A. และ Riley E. (2005 อ้างถึงใน Hobbs K., 2008) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาการหลังเร็วพบสภาวะการณที่เกิดขึ้นกับชายนั้นเกิดขึ้นถึง ร้อยละ 21.8 และเมื่อศึกษาในผู้หญิงที่สามีมีความบกพร่องทางเพศว่าอาการหลังเร็วของสามีสามารถก่อปัญหาได้บ้างต่อผู้หญิง พบว่า ร้อยละ 29.9 ตนเองไม่มีความต้องการทางเพศ ร้อยละ 42.7 ไม่ได้รับการกระตุ้นทางเพศ ร้อยละ 47.8 ไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศและ ร้อยละ 51.5 รู้สึกไม่พึงพอใจกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตน

Jaspersen-Gastelum และคณะ (2006) ได้ศึกษาผู้ชายชาวแม็กซิกันที่เข้าร่วมโครงการ "Foe Healthy Fathers" ซึ่งเป็นโครงการสำรวจเกี่ยวกับภาวะปัจจัยที่ส่งผลทำให้สุขภาพของผู้ชายเสื่อมถอย จำนวน 1,779 คน โดยศึกษาเกี่ยวกับอาการหลังเร็วได้ผลว่าผู้ชาย ร้อยละ 41.9 รายงานผลว่าตนเองมีอาการหลังเร็ว และ ร้อยละ 3.8 มีอาการหลังเร็วก่อนที่จะมีการสอดใส่อวัยวะกับคู่นอนของตนเอง เมื่อถามถึงการใช้สารเสพติดประเภทยาสูบและแอลกอฮอล์ พบว่า

ร้อยละ 23 มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 32.9 มีการดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อสืบถามประวัติครอบครัวพบว่า ร้อยละ 49.5 คนในครอบครัวมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 60.1 คนในครอบครัวมีภาวะของโรค ความดันสูง ร้อยละ 23 คนในครอบครัวมีภาวะของโรคความดันต่ำ

Mamta Gupta(1999) ได้เขียนบทความงานวิจัยเกี่ยวกับอาการหลังเร็วไว้ว่า ปัญหาอาการ หลังเร็วภายในกลุ่มประชากรของชายชาวเอเชีย พบได้เป็นอันดับที่สามของอาการหย่อน สมรรถภาพทางเพศ พบได้ถึง ร้อยละ 20 ปัญหาของอาการหลังเร็วที่พบคือตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่จะ มีการสร้างสัมพันธ์กับผู้หญิง เนื่องจากมีความวิตกกังวลว่าการมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรกจะ ล้มเหลวเนื่องจากความสามารถควบคุมการหลังของตนเองได้ จึงกลัวคู่นอนจะไม่พึงพอใจหรือ ประทับใจ หรือการถูกปฏิเสธที่จะมีเพศสัมพันธ์บ่อยๆ เนื่องจากรับมือไม่ได้กับอาการหลังเร็ว รวมถึง การหมดอารมณ์ทางเพศ อันเกิดจากการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศร่วมกัน และกระบวนการรักษา เป็นสิ่งที่ค่อนข้างยากลำบากที่จะรักษาให้อาการหลังเร็วหายขาดได้อย่างรวดเร็ว

ชายชาวเอเชียที่มีอาการหลังเร็วนั้นมีอาการที่สัมพันธ์กับสภาวะทางจิตใจ เช่น อาการ ซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับ อาการเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บ ความผิดปกติของปริมาณอสุจิ และ ภาวะอาการแทรกซ้อนของระบบทางเดินปัสสาวะ

แผนการรักษาอาการหลังเร็วเป็นสิ่งสำคัญ โดยจะต้องมีความเข้าใจจึงจะสามารถแก้ไขเรื่อง ของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่รักได้ ซึ่งจะต้องการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบกายวิภาค และระบบการทำงานของระบบทางระบบสืบพันธุ์ กลไกกระบวนการเกิดอาการหลังเร็ว เทคนิค วิธีการที่เอื้อต่อการรักษา การให้ยาในกระบวนการรักษาอาการหลังเร็ว การสื่อสารและยอมรับ ระหว่างบุคคล รวมถึงข้อห้าม ข้อจำกัด การกำหนดระยะ และลำดับขั้นตอนการมีเพศสัมพันธ์ที่ ช่วยส่งเสริมการรักษา เพื่อที่จะสามารถรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Kate MD. และคณะ (1999) ได้ทำการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาความบกพร่อง ทางเพศโดยใช้แบบสอบถามแจกจ่ายไปตามบ้านที่ทำการสุ่มได้ จำนวน 4,000 คน โดยมีอายุ ตั้งแต่ 18 ปี ถึง 75 ปี และได้การตอบกลับมาเป็น ชาย 789 คน และ หญิง 979 คน ผลจากการ ตอบแบบสอบถามพบว่า

ในเพศชาย ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลังเร็วคือความวิตกกังวล ซึ่งจะ ปรับเปลี่ยนไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่ปัญหาทางด้านสังคมอื่นๆ เช่น อายุ สถานภาพสมรส ไม่มี ความสัมพันธ์กับอาการหลังเร็วและความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว

ปัจจัยทางจิตวิทยาของเพศชาย คือการมีความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์กับอาการหลังเร็ว รวมถึงอาการไม่มีความสุขสมทางเพศรส อันก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งพบว่าอาการหลังเร็วเกิด

จากความวิตกกังวลมีถึง ร้อยละ 12 และที่เกิดจากอาการซึมเศร้ามี ร้อยละ 8 ของกลุ่มที่มีอาการหลังเร็ว การดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหนึ่งที่พบได้มากที่สุดที่ทำให้เกิดปัญหาความบกพร่องทางเพศ รวมถึงอาการหลังเร็วด้วย

Ahmet FK. และคณะ (2004) ได้ศึกษาถึงอัตราการเกิดอาการหลังเร็วและความต้องการในการรักษาของชาย อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่มาขอใช้บริการคลินิกแห่งหนึ่ง จำนวน 1,608 คน โดยให้ประเมินตนเองแล้วว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ออาการหลังเร็วหรือไม่ จากนั้นได้ทำการคัดกรองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพียงคนเดียว โดยมีประเด็นคำถามดังต่อไปนี้คือ

1. มีความทุกข์ใจเกี่ยวกับอาการหลังเร็วนี้หรือไม่
2. หาก ใช่, มีกระบวนการหรือวิธีอย่างไรในการหาแพทย์ที่จะมาช่วยเหลือความทุกข์ใจนี้
3. หาก ไม่, เพราะเหตุใดจึงไม่กังวลทุกข์ใจเกี่ยวกับอาการหลังเร็วนี้
4. หากเหตุผลที่ตอบมาไม่สัมพันธ์กับอาการหลังเร็ว แต่ได้รับความทุกข์ใจจากอาการหลังเร็ว เหตุใดกลับไม่พูดถึงอาการเหล่านี้

5. ไม่ว่าจะมีอาการหลังเร็วหรือไม่ เขาได้รับความช่วยเหลือหรือบำบัดรักษาหรือไม่

6. หากไม่ต้องการความช่วยเหลือหรือบำบัดรักษาแล้ว เป็นเพราะเหตุใด

พบว่า 333 คน (ร้อยละ 20.7) จาก 1,608 คน เป็นผู้ที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว 33 คน (ร้อยละ 10) เป็นผู้ที่กำลังมีความทุกข์ใจเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว 73 คน (ร้อยละ 21.9) มองหาวิธีการช่วยเหลือรักษาตนเองเบื้องต้นมาก่อนหน้านี้แล้ว สำหรับที่เหลือที่ไม่ได้มองหาเรื่องของความช่วยเหลือในการรักษาอาการหลังเร็ว ให้เหตุผลต่างดังต่อไปนี้

1. มองข้ามว่าปัญหาอาการหลังเร็วที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาสำคัญกับตน จำนวน 138 คน
2. รู้สึกอึดอัดใจและอาย ในอาการหลังเร็ว จำนวน 75 คน
3. กำลังเริ่มต้นที่จะหาวิธีการแก้ไขปัญหาอาการหลังเร็ว 24 คน
4. มีปัญหาด้านการรักษาอาการหลังเร็ว 11 คน
5. ไม่มีเวลาที่เหมาะสมในการเข้ารับการรักษาอาการหลังเร็ว 5 คน
6. ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาอาการหลังเร็วที่ใกล้ย่านที่อยู่อาศัย 3 คน
7. คิดว่า ควรแก้ไขเมื่อมีอายุสูงขึ้น 2 คน
8. ยังไม่เร่งด่วนที่จะต้องแก้ไขปัญหานี้ 1 คน และ
9. ไม่คิดว่าจะมีวิธีการแก้ไขปัญหาอาการหลังเร็วได้แน่นอน 1 คน

ผู้ทำวิจัยเองได้เสนอว่า คนทั่วไปควรที่จะคิดว่าอาการหลังเร็วที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเพียงอาการของการทำงานที่ผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ชายและไม่ใช่เรื่องน่าอับอาย สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งคือการ

ให้การศึกษาในโรงเรียนที่ชัดเจนและถูกต้อง รวมถึงการเสนอข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการหลังเร็วในรายการทางวิทยุหรือโทรทัศน์ รวมถึงการได้รับคำปรึกษาหรือความรู้ที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง

Andrew RM. (2004 อ้างถึงใน Johnson and Johnson, 2004) ได้ทำการเก็บข้อมูล โดยการสำรวจ ผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 21 ปีขึ้นไป จำนวน 1,158 คน โดยมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงเท่านั้น และตอบข้อคำถามเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ จำนวน 31 ข้อ ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการหลัง โดยได้ดัดแปลงข้อมูลอ้างอิงตาม แบบคัดกรองทางจิตวิทยา DSM-IV ในด้านความบกพร่องของอาการหลังเร็ว ซึ่งพบว่า ร้อยละ 32 ของผู้ตอบแบบสำรวจเป็นกลุ่มผู้ที่มีความทุกข์ใจจากอาการหลังเร็ว โดย 189 คน ระบุว่าตนเองน่าจะมีปัญหาทุกข์ใจจากอาการหลังเร็ว และ 188 คน พบว่าตนเองกำลังเผชิญกับความทุกข์ใจจากอาการหลังเร็ว

Edward O. Laumann และคณะ (1999) ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาถึงความชุกและผลกระทบของประสบการณ์ที่เคยมีเกี่ยวกับบกพร่องทางเพศกับกลุ่มตัวอย่างและหาผลกระทบที่ตามมาของอาการบกพร่องเหล่านั้น จากข้อมูลของ National Health and Social Life Survey ซึ่งได้ทำการสำรวจศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ของหน่วยงานของปี US Adults ในปี 1992 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างเป็น หญิงจำนวน 1,749 คน และชายจำนวน 1,410 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 18 – 59 ปี ในปีทำการสำรวจ ซึ่งได้ผลจากการวิเคราะห์คือ ความบกพร่องทางเพศพบมากในผู้หญิง (ร้อยละ 43) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 31) และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางประชากร อันได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา ในผู้หญิงพบว่า เชื้อชาติที่ต่างกันมีรูปแบบของความบกพร่องทางเพศที่แตกต่างกัน แต่สำหรับผู้ชายไม่มีความแตกต่าง แต่คล้ายคลึงกับผู้หญิง ประสบการณ์ที่เคยมีอาการบกพร่องทางเพศทั้งผู้ชายและผู้หญิงมีความเหมือนกันเมื่อมีสุขภาพทางร่างกายที่เสื่อม รวมถึงสุขภาพทางอารมณ์ด้วย อย่างไรก็ตามอาการบกพร่องทางเพศมีความสัมพันธ์ที่สูงกับความสัมพันธ์ทางเพศในทางลบและสถานภาพความเป็นอยู่

Johnson and Johnson Pharmaceutical and Development (2004) ได้ทำการวิจัย โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 61 คน ทำการวิจัยในผู้ชายซึ่งมีอาการหลังเร็วจำนวน 75 คน ซึ่งได้ผ่านการทำการประเมินตนเองว่ามีอาการหลังเร็ว และวิจัยคู่ของผู้ที่มีอาการหลังเร็วจำนวน 48 คน เพื่อศึกษาถึงความพึงพอใจและผลกระทบของอาการหลังเร็ว พบว่า ชายกว่าร้อยละ 50 ไม่สามารถควบคุมอาการหลังเร็วของตนเองได้ ชายร้อยละ 23 มีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ในระดับต่ำ ชายร้อยละ 34 มีความยากลำบากที่จะกระตุ้นให้ตนเองมี

ความตื่นตัวทางเพศเมื่อตนเองมีความต้องการทางเพศ ชายร้อยละ 31 มีความวิตกกังวลเรื่องอาการหลังเร็วในขณะที่กำลังมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่กับคู่นอนหญิงร้อยละ 30 มีความพึงพอใจในสถานภาพความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่นอนระดับต่ำ และหญิงร้อยละ 28 มีความสนใจที่จะมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่กับคู่นอนในระดับต่ำ จากข้อมูลการวิจัยข้างต้นเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเป็นประเด็นสำคัญของอาการหลังเร็วที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การแสดงบทบาททางเพศ และความสุขทางเพศของคู่อีก

Ganesan P. Adaikana และคณะ (2011) ได้ทำการศึกษาถึงการรับรู้ และความชุกของอาการหลังเร็วในผู้ชายสิงคโปร์ โดยทำการสำรวจจากการตอบแบบสอบถามบนระบบออนไลน์ จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างชายทั้งสิ้น 243 คน มีอายุตั้งแต่ 18 – 55 ปี ซึ่งมีประวัติการมีเพศสัมพันธ์ในระยะเวลาที่ทำแบบสอบถาม และย้อนหลังไปในช่วงระยะเวลา 2 ปี ความชุกของอาการหลังเร็วทำการทดสอบโดย Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) และการประเมินตนเอง พบว่า PEDT สามารถประเมินความชุกของอาการหลังเร็วได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของอาการหลังเร็ว ร้อยละ 20 ที่ตอบว่าตนเองมีอาการหลังเร็ว และอีกร้อยละ 14 มีโอกาสที่จะมีอาการหลังเร็ว นอกจากนี้ยังพบว่า ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 90 มีความเห็นด้วยว่าอาการหลังเร็วมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ที่กระทบต่อความมั่นใจในตนเองของผู้ชาย ในขณะที่ ร้อยละ 21 ให้ความคิดเห็นว่าการหลังเร็วมีผลกระทบต่ออารมณ์สมรรถภาพทางเพศ ซึ่งมีเพียง ร้อยละ 19 และจากการวิจัยยังพบว่า มีชายที่มีอาการหลังเร็วเพียง ร้อยละ 23 ที่หวังถึงเรื่องนี้และเข้าไปปรึกษากับแพทย์ และ 1 ใน 3 ที่ไม่ใส่ใจถึงปัญหานี้ และ 2 ใน 3 มีความเชื่ออย่างมากว่า อาการหลังเร็วสามารถที่จะรักษาได้ด้วยยา แต่มีเพียง ร้อยละ 17 เท่านั้นที่เคยได้ยินเกี่ยวกับการรักษาอาการหลังเร็วโดยการให้ยา แต่โดยปกติแล้วที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้ยินถึงกระบวนการรักษา มีเพียงวิธีเดียวคือ การรักษาเชิงพฤติกรรม สิ่งที่น่าสนใจที่ได้จากการวิจัยนี้อีกข้อหนึ่งคือ คู่ของผู้ชายกลับเป็นฝ่ายที่ส่งเสริมให้ฝ่ายชายแสวงหากระบวนการรักษาอาการหลังเร็ว ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปไว้ว่า อัตราการเกิดอาการหลังเร็วของชายสิงคโปร์คล้ายคลึงกับอัตราที่พบได้โดยทั่วไป ชายชาวสิงคโปร์เป็นผู้ที่ใส่ใจในเรื่องของความพึงพอใจของตนเอง ซึ่งสาเหตุนี้เป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ ฝ่ายชายจำเป็นต้องแสวงหากระบวนการดูแลรักษาอาการหลังเร็ว ซึ่งในที่นี้สิ่งสำคัญคือ ความรู้ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับอาการหลังเร็วที่ควรให้แก่ผู้ชาย

Hobbs K. และคณะ (2008) ได้ทำการสำรวจคู่สามีภรรยา จำนวน 228 คู่ โดยใช้เครื่องมือ IELT และ DSM-IV-TR ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งประสบปัญหาอาการหลังเร็ว พบว่าภรรยา ซึ่งมีสามีมีปัญหาเรื่องอาการหลังเร็วอย่างเฉียบพลันถึง 139 คน นอกจากนี้ยังพบว่านอกจากสามี

จะมีอาการบ่งชี้ทางอาการหลังเร็วแล้วยัง มีความผิดปกติของการแข็งตัวของอวัยวะเพศด้วยถึง 89 คน จากนั้นสอบถามด้วยการใช้ Abbreviated Sexual Function Questionnaire (ASFQ) สอบถามถึงผลกระทบของผู้หญิงที่สามีมีอาการหลังเร็วเพียงอาการเดียวว่า ภรรยาที่มีปัญหาความผิดปกติทางเพศที่เกิดขึ้นหลังจากที่สามีมีอาการหลังเร็ว พบว่า ร้อยละ 40.3 รู้สึกหมดอารมณ์ทางเพศ ร้อยละ 55.2 มีปัญหาในการปลุกเร้าอารมณ์ของตนเอง และ ร้อยละ 51.9 มีปัญหาในการถึงจุดสุดยอดทางเพศจากการที่มีสามีมีอาการหลังเร็ว

Hwancheol Son และคณะ (2010) ได้ทำการศึกษาถึงความชุกของอาการหลังเร็ว ซึ่งใช้เครื่องมือ คือ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition text version; DSM-IV-TR) ในการให้ความหมายและกำหนดปัจจัยที่มีผลต่ออาการหลังเร็ว ที่เกิดขึ้นกับผู้ชายเกาหลี โดยทำการสำรวจผ่านระบบออนไลน์บนอินเทอร์เน็ต โดยได้กลุ่มประชากรจำนวน 3,980 คน มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา และให้กลุ่มประชากรทำการตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม อันประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ประวัติอาการเจ็บป่วยและการรักษา ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ที่สัมพันธ์กับการหลังเร็ว ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย จำนวน 600 คน ซึ่งผลจากการสำรวจพบว่า อัตราการเกิดอาการหลังเร็ว มีร้อยละ 18.3 ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและการอยู่ร่วมกัน รายได้เฉลี่ย ความเชื่อทางเพศ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา และปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องอาการหลังเร็วและทัศนคติของการหลังเร็ว ทั้งกลุ่มที่มีอาการหลังเร็ว และกลุ่มที่ไม่มีอาการหลังเร็ว คู่นอนของชายมีอัตราความพึงพอใจในกิจกรรมทางเพศกับฝ่ายชายที่มีอาการหลังเร็ว ร้อยละ 45 แต่ในกลุ่มที่ไม่มีอาการหลังเร็วมีความพึงพอใจ ร้อยละ 63.9 นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างอาการหลังเร็วและอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความอ้วน และอัตราของอาการความซึมเศร้า อย่างไรก็ตามเมื่อใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบโลจิสติกส์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลังเร็ว คือ อายุ และความถี่ของการพูดคุยกับคู่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กัน

จิตราภรณ์ บุญถนอม (2547) ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาความชุกของภาวะบ่งชี้ทางเพศ ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับยาต้านเศร้ากลุ่มเซโรโทนิน สเปซิฟิก รีอัพเทค อินฮิบิเตอร์ ซึ่งมารับบริการที่ตึก ภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 102 คน รูปแบบการวิจัยเป็นแบบพรรณนา โดยศึกษาเฉพาะช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยจากยาต้านอาการเศร้ากลุ่มเซโรโทนิน สเปซิฟิก รีอัพเทคอินฮิบิเตอร์ แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการรักษาพยาบาลข้อมูลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ข้อมูลเกี่ยวกับ

พฤติกรรมทางเพศก่อน-หลัง ที่ได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่มเซโรโทนิน สเปนซิฟิก รีอัฟเทค อินฮิบิเตอร์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยศึกษาข้อมูลจากหนังสือจิตเวชศาสตร์เรื่องความบกพร่องทางเพศ ทั้งยัง ดัดแปลงจากแบบสอบถามภาวะบกพร่องทางเพศของ Arizona Sexual Experience Inventory โดย Alan J. Gelenberg และคณะ (2001 อ้างถึงใน จิตราภรณ์ บุญถนอม, 2547) และนำข้อมูลที่ได้มาหาจำนวน ร้อยละและการทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษาความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศ แบ่งเป็น 4 ด้านดังนี้ ความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศด้านความต้องการทางเพศกรณีไม่มีจินตนาการทางเพศ ร้อยละ 21.6 ไม่มีอารมณ์ทางเพศจากการดูหรือการอ่าน ร้อยละ 14.7 และไม่มีอารมณ์จากการสัมผัสหรือเล้าโลม ร้อยละ 19.6 ความชุกของภาวะบกพร่องทางเพศด้านการตื่นตัวทางเพศกรณีผู้ป่วยหญิงไม่มีน้ำหล่อลื่นในช่องคลอดร้อยละ 41.6 กรณีผู้ป่วยชายที่องคชาติไม่สามารถแข็งตัวหรือองคชาติไม่สามารถคงความแข็ง ตัวได้ ร้อยละ 28.6 และ การหลั่งน้ำกามได้ช้าหรือเร็วกว่าความต้องการพบ ร้อยละ 38.1

สุวรรณา หงษ์ศรีสุวรรณ (2544) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ทัศนคติและการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา ของผู้ปกครองนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งสิ้น 414 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า การเปิดรับข่าวสารเรื่องเพศศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้เรื่องเพศศึกษา การเปิดรับข่าวสารเรื่องเพศศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อเรื่องเพศศึกษา ความรู้เรื่องเพศศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อเรื่องเพศศึกษา

มานิดา ธรรมตารีย์ (2545) ศึกษาทัศนคติที่มีต่อเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของนักเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว ระดับความนับถือตนเอง กับทัศนคติต่อเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในปีการศึกษา 2544 ของโรงเรียนรัฐบาลสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,825 คน โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่มีระดับผลการเรียนต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสต่ำกว่า กลุ่มที่มีระดับผลการเรียนสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01 และการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัว และระดับความนับถือตนเอง มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.01

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้การสำรวจ (survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ และเจตคติต่ออาการหลังเร็ว ของผู้ที่มารับบริการคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) กรุงเทพมหานคร

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรเป็นชายที่เข้ามาขอรับบริการ ณ คลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) ปี พ.ศ. 2555 ซึ่งศูนย์โรงพยาบาลบางรักเริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการในสมัยกรุงรัตนโกสินทร์ ในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ในปี พ.ศ.2473 ได้มีการจัดตั้งหน่วยงานพิเศษที่เรียกว่า “แผนกบำบัดกามโรค (สุขศาลาบางรัก)” สังกัดกองสุขศึกษา กรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ต่อมาในปี พ.ศ.2484 ได้ปรับปรุงและขยายงานให้กว้างขวางออกไปเป็น “แผนกบำบัดกามโรค โรงพยาบาลบางรัก” ปี พ.ศ. 2485 ได้โอนไปสังกัดอยู่ในกองโรงพยาบาลส่วนภูมิภาค กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในเวลาต่อมา และมีชื่อใหม่ว่า “โรงพยาบาลกามโรค” ต่อมาในปี พ.ศ.2488 แผนกโรงพยาบาลกามโรค ได้รับการยกฐานะเป็นกองกามโรค โรงพยาบาลบางรัก และตั้งในปี พ.ศ.2491 เปลี่ยนเป็น “กองควบคุมกามโรค” กระทรวงสาธารณสุข การเลือกกลุ่มประชากร การศึกษากลุ่มประชากรกลุ่มนี้เนื่องจากศูนย์โรงพยาบาลบางรักเปิดบริการให้การตรวจรักษา ให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่ผู้ที่เข้ามาใช้บริการมาเป็นเวลานาน โดยมีเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์และความชำนาญ ผู้ที่เข้ารับบริการมีความหลากหลายทั้ง อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน เนื่องจากอยู่ในเขตศูนย์กลางชุมชนของกรุงเทพมหานคร และยังเป็นกลุ่มที่มีความต้องการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นกลุ่มประชากรเหล่านี้จึงเป็นกลุ่มที่น่าจะมีความรู้เรื่องเพศเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว จากสถิติจำนวนชายที่มาใช้บริการในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนรวม 3,717 คน (ฝ่ายสถิติศูนย์โรงพยาบาลบางรัก, 2553)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มประชากรเป้าหมาย โดยทั้งนี้ทางผู้ทำวิจัยได้จากวิธีดังต่อไปนี้

1. สืบมาจากบริการคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) ปี พ.ศ.2553 กำหนดขนาดตัวอย่าง ประชากรโดยใช้สูตรของคอคแรน (Cochran) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (Cochran, 1977 อ้างถึงใน อวยพร เรืองตระกูล, 2550) โดยใช้สูตรหาขนาดตัวอย่างประชากรในการวิจัย ดังนี้

สูตรการคำนวณ

$$n = \frac{p(1-p)Z^2}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา เท่ากับ 0.3 (สุวทนา อารีพรรค, 2550)

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ระดับความเชื่อมั่น 95%) เท่ากับ 1.96

d = สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 0.05

ดังนั้น

$$\begin{aligned} n &= \frac{(0.3)(0.7)(1.96^2)}{(0.05)^2} \\ &= 322.6 \\ &= 323 \text{ คน} \end{aligned}$$

การเก็บข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง และผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่เก็บแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง แต่เนื่องจากอาจจะได้รับข้อมูลคำตอบที่ไม่ได้ครบถ้วน ฉะนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 เป็นกลุ่มตัวอย่างรวมทั้ง 356 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอ

2. เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแล้ว การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้กระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากรผู้ที่มารับบริการคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) โดยมีวิธีการดังนี้

2.1 กำหนดแบ่งระยะเวลาในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ตามวันและเวลาทำการของคลินิกชาย คือ วันทำการของคลินิกชายได้แก่ วันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ วันพฤหัสบดี วันศุกร์ และวันเสาร์ และช่วงเวลาทำการได้แก่ ช่วงเช้า (08.00น.-12.00น.) และช่วงบ่าย (13.00น.-16.30น.)

2.2 ทำการจับฉลากสุ่มลำดับช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล จำนวน 6 ช่วงเวลา จากระยะเวลาในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงช่วงเวลาทำการของคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก)

วันทำการ/ ช่วงเวลา	ช่วงเช้า (08.00น.-12.00น.)	ช่วงบ่าย (13.00น.-16.30น.)
วันจันทร์	ลำดับที่ 1	ลำดับที่ 2
วันอังคาร	ลำดับที่ 3	ลำดับที่ 4
วันพุธ	ลำดับที่ 5	ประชุมวิชาการ
วันพฤหัสบดี	ลำดับที่ 6	ลำดับที่ 7
วันศุกร์	ลำดับที่ 8	ลำดับที่ 9
วันเสาร์	ลำดับที่ 10	-

ซึ่งจากการสุ่มช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ได้ผลการสุ่มการจับฉลากดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงลำดับฉลากที่สุ่มจับได้ วัณและช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล ที่คลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก)

ที่	ลำดับฉลากที่สุ่มจับได้	วันและช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล
1	ลำดับที่ 1	วันจันทร์/ช่วงเช้า (08.00น.-12.00น.)
2	ลำดับที่ 2	วันจันทร์/ช่วงบ่าย (13.00น.-16.30น.)
3	ลำดับที่ 3	วันอังคาร/ช่วงเช้า (08.00น.-12.00น.)
4	ลำดับที่ 7	วันพฤหัสบดี/ช่วงบ่าย (13.00น.-16.30น.)
5	ลำดับที่ 8	วันศุกร์/ช่วงเช้า (08.00น.-12.00น.)
6	ลำดับที่ 10	วันเสาร์/ช่วงเช้า (08.00น.-12.00น.)

2.2 เมื่อได้ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลแล้ว ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะเก็บข้อมูล โดยเลือกเก็บจากหมายเลขที่ผู้มาใช้บริการทำการลงทะเบียนขอรับบริการที่แผนกลงทะเบียน ซึ่งจะได้รับหมายเลขบัตรคิวการรับบริการ คือ คิวที่ 1 คิวที่ 2 คิวที่ 3 ตามลำดับ ซึ่งบัตรคิวดังกล่าวจะเป็นหมายเลขคู่และหมายเลขคี่ ในการศึกษาคั้งนี้ผู้ทำการวิจัยเลือกเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการลงทะเบียนได้หมายเลขคี่ คือหมายเลขบัตรคิวการรับบริการที่ลงท้ายด้วยหมายเลข 1, 3, 5, 7 และ 9 เท่านั้น ที่อยู่ในช่วงระยะเวลาที่สุ่มได้ ทั้ง 6 ช่วงเวลาข้างต้น จนได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่องความรู้และเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว โดยผู้วิจัยแบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องอาการหลังเร็ว จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว ประกอบด้วย 1.สาเหตุของอาการหลังเร็ว 2.การวินิจฉัยอาการ และ 3.การดูแลรักษา

แบบวัดความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว ซึ่งได้สร้างจากการรวบรวมข้อมูลเชิงวิชาการ อันเป็นองค์ความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว โดยอ้างอิงข้อมูลของ สุวิทนา อารีพรรค (2550) เอนก อารีพรรค และ สุวิทนา อารีพรรค (2525) เอนก อารีพรรค (2548) American Psychiatric Association (2000) และ Marcel D. Waldinger (2005) จำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ไม่ได้คะแนน นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ทำการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาแบบทดสอบ ตัดข้อที่ไม่เหมาะสม ซ้ำซ้อน รูปแบบประโยคไม่สอดคล้องกับกรอบความคิด จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Content Reliability) โดยการทดลองเก็บข้อมูล (Try Out) จากกลุ่มประชากรชายทั่วไป ที่มีอายุ ระหว่าง 18-59 ปี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง โดยได้เลือกสถานที่ในการทดลองเก็บข้อมูลดังกล่าวไว้ ณ คลินิกชาย ศูนย์ 9 ประชาธิปไตย แล้วนำแบบทดสอบดังกล่าวหาค่าความเที่ยงตรง ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษา ได้ค่าความเที่ยงตรงรวมทั้งฉบับโดยใช้สูตร คำนวนค่าความเที่ยงตรงของครุเดอร์ ริชาร์ดสัน-21 (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) เท่ากับ 0.796

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ	ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ
1	การหลังเร็วเกิดจากความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์			
2	การเกิดอาการหลังเร็วอาจมีสาเหตุมาจากองคชาตไม่แข็งตัว			

การจัดกลุ่มระดับความรู้ แบ่งกลุ่มจากผลคะแนนการวัดความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอเป็น 3 ระดับ โดยอ้างอิงการแบ่งกลุ่มจาก บุญชม ศรีสะอาด (2535) ได้แก่

1. กลุ่มที่มีความรู้ต่ำ คือกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้น้อยกว่า 60% ของคะแนนสูงสุดของกลุ่ม
2. กลุ่มที่มีความรู้ปานกลาง คือกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้ระหว่าง 60 - 80% ของคะแนนสูงสุดของกลุ่ม
3. กลุ่มที่มีความรู้มาก คือกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้น้อยกว่า 80% ของคะแนนสูงสุดของกลุ่ม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเจตคติเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว ประกอบด้วยเจตคติต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด และเอกสารงานวิจัยต่างๆ ข้อมูลเชิงวิชาการและผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับอาการหลังเร็ว อันได้แก่ของ สุวิทนา อารีพรรค (2550) เอนก อารีพรรค และสุวิทนา อารีพรรค (2525) เอนก อารีพรรค (2548) American Psychiatric Association. (2000) และ Marcel D. Waldinger (2005) Ahmet Fevzi Kuru และคณะ (2004) Albersen และคณะ (2009) American Psychiatric Association. (2000) Asbury-Ward (2002 อ้างถึงใน Adam J. Mrdjenovich และคณะ, 2004) Emmanuele A. Jannini และคณะ (2006) Johnson and Johnson Pharmaceutical and Development. (2004) Kate M. Dunn และคณะ (1999) K Hobbs และคณะ (2008) Mamta Gupta (1999) Marcel D. Waldinger (2005) Montague DK. และคณะ (2004) Riley A. และ Riley E. (2005 อ้างถึงใน K. Hobbs และคณะ, 2008) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเจตคติของอาการหลังเร็ว จำนวน 14 ข้อ มีคำถามเชิงบวกจำนวน 4 ข้อ และคำถามเชิงลบจำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราลิเกอร์ท (Linkert Scale) มีจำนวน 4 ระดับความคิดเห็นอันได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ผู้ตอบเลือกคำตอบเพียง 1 ข้อ ที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองมากที่สุด นำ

แบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำมาปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำแบบวัดเจตคติไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Content Reliability) โดยการทดลองเก็บข้อมูล (Try Out) จากกลุ่มประชากรชายทั่วไป ที่มีอายุ ระหว่าง 18-59 ปี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนซึ่งไม่ใช่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง โดยได้เลือกสถานที่ในการทดลองเก็บข้อมูลดังกล่าวไว้ ณ คลินิกชาย ศูนย์ 9 ประชาธิปไตย นำแบบวัดมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ Alpha ของ Cronbach ช่วยในการประมวลข้อมูล เพื่อหาความเที่ยงตรง ความเหมาะสม และความชัดเจนของภาษาได้ค่าสัมประสิทธิ์ Alpha ของ Cronbach รวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.802

ตัวอย่างข้อคำถาม

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ท่านคิดว่าผู้ชายที่หลังเร็วมักจะไม่กล้ามีคูครอง				
2	ท่านคิดว่าการหลังเร็วทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตคู่				

การจัดกลุ่มระดับเจตคติ แบ่งกลุ่มจากผลคะแนนการวัดเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอเป็น 3 ระดับ โดยอ้างอิงการแบ่งกลุ่มจาก บุญชม ศรีสะอาด (2535) ได้แก่

1. กลุ่มที่มีเจตคติต่ำ คือกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเจตคติน้อยกว่า 60% ของคะแนนสูงสุดของกลุ่ม
2. กลุ่มที่มีเจตคติด้านกลาง คือกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเจตคติระหว่าง 60 - 80% ของคะแนนสูงสุดของกลุ่ม
3. กลุ่มที่มีเจตคติสูง คือกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเจตคติมากกว่า 80% ของคะแนนสูงสุดของกลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. เป็นชายที่เข้ารับบริการจากบริการคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก)
2. มีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย

3. มีอายุระหว่าง 18-59 ปี
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการ
5. มีความเข้าใจสามารถ อ่าน-เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดเลือกออกจากศึกษา (Exclusion Criteria)

1. บุคคลข้ามเพศ (Transgender)
2. ทรานส์เซ็กชวล (Transexual)
3. เป็นผู้ที่มีความบกพร่อง/พิการทางตา

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ โดยยึดหลักสำคัญดังต่อไปนี้

1. มีการแจ้งขออนุญาตผู้เข้าร่วมการวิจัย และอธิบายกระบวนการขอข้อมูลจากผู้เข้าร่วมการวิจัย
2. แจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบถึงการวิจัยในครั้งนี้เป็นการทำขึ้นโดยความสมัคร มีคุณประโยชน์อย่างไรต่อจากการเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีอันตรายใดๆ เนื่องมาจากการตอบแบบสอบถามซึ่งไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล และที่อยู่ลงในกรวิจัย โดยจะใช้รหัสหมายเลขแทนตัวผู้ร่วมทำการวิจัย การนำเสนอข้อมูลจะเป็นการนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมทำการวิจัย
3. ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องขออนุญาตผู้ทำการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ติดต่อขออนุมัติการทำวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์
2. ติดต่อขอออกหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากหลักสูตรสหสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ติดต่อประสานงานหน่วยงานคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) โดยมอบหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บ

ข้อมูล ตลอดจนหนังสือคำขอบคุณให้กับทางหน่วยงาน โดยในการเก็บข้อมูลดำเนินการในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC (Statistical Package for Social Science) For Windows version 17.0 เพื่อการคำนวณประมวลผลและนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ และแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายลักษณะของข้อมูลดังนี้

- 1.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
- 1.2 การได้รับข้อมูลที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว
- 1.3 ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว

2. ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร กับความรู้และเจตคติของชายต่ออาการหลังเร็ว ซึ่งแปล อธิบายความหมายความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตาม ยุทธ ไกยวรรณ และ กุสุมา ผลาพรม (2553) ที่ให้ความหมายไว้ว่า

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ความหมายของความสัมพันธ์
0.80 – 1.00	มีความสัมพันธ์กันสูงมาก
0.60 – 0.79	มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง
0.40 – 0.59	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.20 – 0.49	มีความสัมพันธ์กันน้อย
0.00 – 0.19	มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างน้อยมาก

การประมวลผลข้อมูล

1. ลักษณะประชากรทั่วไปแบ่งการวัดตัวแปรต่างๆ ได้ดังนี้
 - 1.อายุ ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้กรอกอายุที่แท้จริงด้วยตนเอง
 - 2.สถานะภาพ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ มีคู่/แฟน ไม่มีคู่ครอง/แฟน

3.ระดับการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา

4. การได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ เคยได้รับ และไม่เคยได้รับ

2. การประมวลผลความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็วโดยให้ค่าคะแนนความรู้ที่ถูกต้อง ของข้อคำถาม มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน หากตอบผิดหรือตอบ “ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ” มีค่าคะแนน 0

3. การข้อมูลจากแบบสอบถามเจตคติต่ออาการหลังเร็ว ผู้วิจัยใช้มาตราวัดแบบ Likert Scale ในส่วนของแบบสอบถามเรื่องเจตคติของชายที่มีต่ออาการหลังเร็ว โดยแบ่งการวัดออกเป็น 4 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวัดในลักษณะนี้จะแบ่งการให้คะแนนของระดับการวัดตามความคิดเห็นที่แตกต่างกันตามข้อคำถามในเชิงบวกและลบ

คำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 6, 8 และ 14

คำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 12 และ 13 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงการให้คะแนนกับแบบสอบถามการวัดเจตคติ

ระดับการวัดให้คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับเจตคติต่ออาการหลังเร็ว ผู้มาใช้บริการคลินิกชาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง และสำรวจความรู้และเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นชายที่เข้ามาขอรับบริการที่คลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) ที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี จำนวน 356 คน เครื่องมือในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบบเขียนตอบเอง การเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่อสรุปคุณลักษณะทางประชากร และใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) คำนวนโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 17.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอผลงานวิจัย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1** คุณลักษณะทางประชากรและลักษณะตัวแปรที่นำมาศึกษา
- ส่วนที่ 2** ความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว
- ส่วนที่ 3** แหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว
- ส่วนที่ 4** เจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว
- ส่วนที่ 5** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่นำมาศึกษา
- ส่วนที่ 6** การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และเจตคติต่ออาการหลังเร็ว

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรและลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

คุณลักษณะทางประชากร

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	24	6.7
อายุ 20-29 ปี	95	26.7
อายุ 30-39 ปี	115	32.3
อายุ 40-49 ปี	78	21.9
อายุ 50-59 ปี	44	12.4
$\bar{X} = 35.1$ S.D. = 1.07 Min = 18 Max = 59		
รวม	356	100.0
สถานภาพสมรส		
ไม่มีคู่ครอง/แฟน	202	56.7
มีคู่ครอง/แฟน	154	43.3
รวม	356	100.0
มีคู่ครอง/แฟน		
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	68	44.2
อยู่ด้วยกัน	86	55.8
รวม	154	100.0
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	81	22.8
มัธยมศึกษา	170	47.8
สูงกว่ามัธยมศึกษา	105	29.4
รวม	356	100.0

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ มีอายุระหว่าง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 มีอายุระหว่าง

40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.9 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.4 และอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 6.7 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.07 กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุดเท่ากับ 18.0 ปี และอายุสูงสุด 59.0 ปี กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่ง (56.7) ไม่มีคูครอง/แฟน และที่มีคูครอง/แฟน คิดเป็นร้อยละ 43.3 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีคูครอง/แฟนส่วนใหญ่ (55.8) อยู่ด้วยกัน และที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 44.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (47.8) มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา รองลงมาคือการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 29.4 และ ต่ำกว่ามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.8

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว

ตารางที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามความรู้เรื่องอาการหลังเร็วจำแนกรายข้อ (n=356)

	คำถามความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว	ตอบถูก	ตอบผิด	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ
1	การหลังเร็วเกิดจากความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์**	61.8	17.1	21.1
2	การเกิดอาการหลังเร็วอาจมีสาเหตุมาจากองคชาติไม่แข็งตัว**	15.5	23.3	61.2
3	การหลังเร็วบางครั้งเกิดจากความกลัวคู่นอน**	36.2	31.2	32.6
4	การหลังเร็วอาจเกิดจากความกลัวต่อปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น**	27.0	52.0	21.0
5	การหลังเร็วอาจเกิดจากการบาดเจ็บหรือพิการของกระดูกสันหลังบางประเภท**	21.1	33.4	50.5
6	การสำเร็จความใคร่แบบเร่งรีบจนเคยชิน ไม่ทำให้เกิดอาการหลังเร็ว	38.8	40.7	20.5
7	อาการหลังเร็ว หมายถึงการหลังน้ำกามหลังจากได้รับการกระตุ้นเพียงเล็กน้อย**	72.8	14.8	12.4
8	หลังเร็วคือการหลังที่มีระยะเวลาการหลัง ตั้งแต่สอดใส่องคชาติเข้าไปภายในช่องคลอดจนเกิดการหลัง ที่น้อยกว่า 1 นาที**	68.9	9.8	21.3

ตารางที่ 5 (ต่อ)

	คำถามความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว	ตอบถูก	ตอบผิด	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ
9	เทคนิคการหยุดเคลื่อนไหวเป็นครั้งคราว ก่อนที่จะหลัง เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยรักษาอาการหลังเร็วได้**	71.9	9.6	18.5
10	เทคนิคการบีบที่คอของคอชาติทำโดยฝ่ายผู้หญิง ก่อนที่ผู้ชายจะหลัง เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยยืดระยะเวลาการหลังได้นานขึ้น**	32.5	42.2	25.3
11	คนที่ใช้ยารักษาอาการโรคซึมเศร้าอาจมีผลข้างเคียงทำให้หลังเร็ว**	16.9	25.0	58.1
12	ยาชาไม่สามารถช่วยชะลออาการหลังเร็วได้	35.7	46.3	18.0
13	การสำเร็จความใคร่ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ บางครั้งช่วยยืดระยะเวลาการหลังให้นานได้**	70.5	4.2	25.3
14	การสวมถุงยางอนามัยไม่สามารถช่วยชะลออาการหลังเร็วได้	43.3	39.0	17.7
$\bar{X} = 6.0$ S.D. = 2.85 Min = 0 Max = 13				

** หมายถึง ข้อความที่ถูกต้อง

จากตารางที่ 5 ความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว มีข้อคำถาม 14 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดหรือตอบ “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ” 0 คะแนน ดังนั้นคะแนนเต็มของข้อคำถามเท่ากับ 14 คะแนน โดยผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยที่ 6.0 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 13 คะแนน เมื่อวิเคราะห์ผลคะแนนรายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือข้อที่ 7 ซึ่งมีคำถามว่า “อาการหลังเร็ว หมายถึงการหลังน้ำกามหลังจากได้รับการกระตุ้นเพียงเล็กน้อย” คิดเป็นร้อยละ 72.8 ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือข้อที่ 4 ซึ่งมีคำถามว่า “การหลังเร็วอาจเกิดจากความกลัวต่อปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น” คิดเป็นร้อยละ 52.0 ในขณะที่คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่แน่ใจมากกว่าร้อยละ 50 คือข้อที่ 2 ซึ่งมีคำถามว่า “การเกิดอาการหลังเร็วอาจมีสาเหตุมาจากองคชาติไม่แข็งตัว” คิดเป็นร้อยละ 61.2 ข้อที่ 5 ซึ่งมีคำถามว่า “การหลังเร็วอาจเกิดจากการบาดเจ็บหรือพิการของกระดูกสันหลังบาง

ประเภท” คิดเป็นร้อยละ 50.5 และข้อที่ 11 ซึ่งมีข้อความว่า “คนที่ใช้ยารักษาอาการโรคซึมเศร้า อาจมีผลข้างเคียงทำให้หลังเร็ว” คิดเป็นร้อยละ 58.1

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (n=356)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้น้อย (ต่ำกว่า 60% ของคะแนนสูงสุด = 13) 0-6 คะแนน	182	51.1
ความรู้ปานกลาง (60% - 80% ของคะแนนสูงสุด = 13) 7-9 คะแนน	102	28.7
ความรู้มาก (สูงกว่า 80% ของคะแนนสูงสุด = 13) 10-13 คะแนน	72	20.2
รวม	356	100.0

$\bar{X} = 6.0$ S.D. = 2.85 Min = 0 Max = 13

เมื่อจัดกลุ่มระดับความรู้ (ตารางที่ 6) จากเกณฑ์ในการให้คะแนนข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน และใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มของ บุญชม ศรีสะอาด (2535) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้น้อย คิดเป็นร้อยละ 51.1 รองลงมาคือมีความรู้ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.1 และ ความรู้มาก คิดเป็นร้อยละ 20.2

ส่วนที่ 3 แหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของลักษณะการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว

ข้อมูลลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว		
ไม่เคย	148	41.6
เคย	208	58.4
รวม	356	100.0

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว (n=208) (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อินเทอร์เน็ต	95	45.7
เพื่อน/คนรู้จัก	89	42.8
หนังสือพิมพ์/วารสาร/สิ่งตีพิมพ์	74	35.6
ทีวี/วิทยุ	48	23.1
บุคลากรทางการแพทย์	31	14.9
แผ่นพับ	17	8.2

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง เคยได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว คิดเป็นร้อยละ 58.4 และที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว ร้อยละ 41.6 ส่วนแหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็วคือมากที่สุด อินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมาคือเพื่อน/คนรู้จัก คิดเป็นร้อยละ 42.8 หนังสือพิมพ์/วารสาร/สิ่งตีพิมพ์ คิดเป็นร้อยละ 35.6 ทีวี/วิทยุ คิดเป็นร้อยละ 23.1 บุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 14.9 และ แผ่นพับ คิดเป็นร้อยละ 8.2

ตารางที่ 8 ระดับความรู้จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว

ระดับความรู้	การรับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว					
	ไม่เคย		เคย		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้น้อย	98	53.8	84	46.2	182	51.1
ความรู้ปานกลาง	33	32.4	69	67.6	102	28.7
ความรู้มาก	17	23.6	55	76.4	72	20.2
รวม	148	41.6	208	58.4	356	100.0

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.1) คือกลุ่มที่มีความรู้น้อย และ ร้อยละ 53.8 ของกลุ่มที่มีความรู้น้อยไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ

อาการหลังเร็ว คิดเป็นร้อยละ 53.8 และพบว่ากลุ่มที่มีความรู้มากส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.4) เคยได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว

ส่วนที่ 4 เจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว

ตารางที่ 9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความคิดเห็นด้านเจตคติต่ออาการหลังเร็ว จำแนกรายข้อ (n=356)

	ข้อความเจตคติ ที่มีต่ออาการหลังเร็ว	ระดับความคิดเห็น				$\bar{X} \pm$ S.D.
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
1	ท่านคิดว่าผู้ชายที่หลังเร็วมักจะไม่ กล้ามีคูครอง	5.6	28.1	58.1	8.1	2.7 ± 0.7
2	ท่านคิดว่าอาการหลังเร็วทำให้เกิด ปัญหาในการใช้ชีวิตคู่	15.7	49.7	33.1	1.4	2.2 ± 0.7
3	ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นเรื่องน่า อาย โดยเฉพาะกับคุณอน	13.8	39.9	41.3	5.1	2.4 ± 0.8
4	ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นการเร่ง ให้คุณอนมีความสุขทางเพศ เพิ่มขึ้น**	3.7	27.2	52.5	16.6	2.2 ± 0.7
5	ท่านคิดว่าอาการหลังเร็วทำให้ความ ภูมิใจในความเป็นชายลดลง	5.1	21.3	55.9	17.7	2.9 ± 0.8
6	ท่านคิดว่าอาการหลังเร็วให้ความสุข ทางเพศเพิ่มขึ้นเพราะมี เพศสัมพันธ์ได้บ่อยขึ้น**	6.5	37.4	47.5	8.7	2.4 ± 0.7
7	ท่านคิดว่าผู้ชายหลังเร็วทำให้คุณ อนมีปัญหาทางเพศด้วย	2.2	21.6	61.0	15.2	2.9 ± 0.7
8	ท่านคิดว่าอาการที่หลังเร็วช่วยให้มี ลูกเร็วขึ้น**	3.9	27.5	56.5	12.1	2.2 ± 0.7

ตารางที่ 9 (ต่อ)

	ข้อความเจตคติ ที่มีต่ออาการหลังเร็ว	ระดับความคิดเห็น				$\bar{X} \pm$ S.D.
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	
9	ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นปม ด้อยทางเพศของผู้ชาย	17.1	44.1	35.7	3.1	2.3 ± 0.8
10	ท่านคิดว่าคนโสดส่วนใหญ่มัก หลังเร็ว	4.2	25.0	55.9	14.9	2.8 ± 0.7
11	ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นเรื่อง ผิดธรรมชาติของผู้ชาย	6.2	31.2	57.6	5.1	2.6 ± 0.7
12	ท่านคิดว่าคนหลังเร็วส่วนใหญ่ เป็นคนที่มีความต้องการทางเพศ สูง	6.7	32.3	54.5	6.5	2.6 ± 0.7
13	ท่านคิดว่าผู้ชายส่วนใหญ่คิดว่า การหลังเร็วเป็นปัญหาใหญ่ใน ชีวิต	10.1	48.3	39.9	1.7	2.3 ± 0.7
14	ท่านคิดว่าผู้ชายทุกคนควรมี ความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว**	43.0	46.1	10.1	0.8	3.3 ± 0.7
		$\bar{X} = 35.8$ S.D. = 4.05 Min = 26 Max = 49				

** หมายถึง ข้อความเจตคติทางบวก

จากตารางที่ 9 เจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว มีข้อความจำนวน 14 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ หากเป็นข้อความเจตคติทางลบ ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งให้คะแนน 1 คะแนน ตอบว่าเห็นด้วยให้คะแนน 2 คะแนน ตอบว่าไม่เห็นด้วยให้คะแนน 3 คะแนน ตอบว่าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้คะแนน 4 คะแนน แต่หากเป็นข้อความเจตคติทางบวกจะให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม ดังนั้นคะแนนเจตคติทั้งฉบับจะเท่ากับ 56 คะแนน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเจตคติเฉลี่ยที่

35.8 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.05 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 26.0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 49.0 คะแนน เมื่อวิเคราะห์ผลคะแนนเป็นรายข้อ พบว่า ข้อความที่กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ตอบว่าเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือข้อที่ 14 ซึ่งมีข้อความว่า “ท่านคิดว่าผู้ชายทุกคนควรมีความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว”** คิดเป็นร้อยละ 43.0 ข้อความที่กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ตอบว่าเห็นด้วย มากที่สุด คือข้อที่ 2 ซึ่งมีข้อความว่า “ท่านคิดว่าการหลังเร็วทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตคู่” คิดเป็นร้อยละ 49.7 ข้อความที่กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ตอบว่าเห็นไม่ด้วยมากที่สุด คือข้อที่ 7 ซึ่งมีข้อความว่า “ท่านคิดว่าผู้ชายหลังเร็วทำให้คุณอนมีปัญหาทางเพศด้วย” คิดเป็นร้อยละ 71.0 และ ข้อความที่กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติที่ตอบว่าเห็นไม่ด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือข้อที่ 5 ซึ่งมีข้อความว่า “ท่านคิดว่าการหลังเร็วทำให้ความภูมิใจในความเป็นชายลดลง” คิดเป็นร้อยละ 17.7

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละ ระดับเจตคติของกลุ่มตัวอย่าง(n=356)

ระดับเจตคติ	จำนวน	ร้อยละ
เจตคติต่ำ (ต่ำกว่า 60% ของคะแนนสูงสุด =49) 26-36 คะแนน	197	55.3
เจตคติปานกลาง (60% - 80% ของคะแนนสูงสุด =49) 37-38 คะแนน	72	20.2
เจตคติสูง (สูงกว่า 80% ของคะแนนสูงสุด =49) 39-49 คะแนน	87	24.5
รวม	356	100.0

$\bar{X} = 35.8$ S.D. = 4.05 Min = 26 Max = 49

เมื่อจัดกลุ่มระดับเจตคติ (ตารางที่ 10) โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มของ บุญชม ศรีสะอาด (2535) พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.3) มีระดับเจตคติต่ำต่ออาการหลังเร็ว รองลงมาคือมีระดับเจตคติสูงต่ออาการหลังเร็ว คิดเป็นร้อยละ 24.5 และมีเจตคติปานกลางต่ออาการหลังเร็ว คิดเป็นร้อยละ 20.2

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ

- อายุ
- สถานะภาพสมรส
- ระดับการศึกษา
- การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว
- คะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว
- คะแนนเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว

การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation)

ในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระ คือปัจจัยทางประชากร เจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว กับตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็วของชายที่ใช้บริการคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) กรุงเทพมหานคร ตัวแปรทั้งหมดก่อนที่จะนำมาวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ต้องนำไปตรวจสอบความสัมพันธ์พหุรวมเชิงเส้น ซึ่งตรวจสอบได้จากวิธีใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (กัลยา วานิชย์ บัญชา, 2543)

ในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน มีเงื่อนไขสำคัญ คือ ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ต้องเป็นตัวแปรในระดับช่วง (Interval scale) แต่ในการศึกษานี้มีตัวแปรบางตัวแปรที่เป็นตัวแปรในระดับกลุ่ม (Nominal scale) และเป็นตัวแปรจัดอันดับ (Ordinal scale) ดังนั้นก่อนการทดสอบสหสัมพันธ์จึงต้องกำหนดค่าตัวแปรกลุ่มและตัวแปรอันดับ ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อน โดยกำหนดให้กลุ่มมีทิศทางในสมมติฐานมีค่าเป็น 1 และกลุ่มอ้างอิง (Reference group) มีค่าเป็น 0 โดยผู้ศึกษาได้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบความสัมพันธ์ที่ระดับ 0.05

ตัวแปรอิสระในการทดสอบสหสัมพันธ์ครั้งนี้ มี 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว และเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว แบ่งออกเป็นระดับกลุ่ม 3 ตัวแปร และระดับช่วง 2 ตัวแปร

ตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรระดับกลุ่มและตัวแปรจัดอันดับมี 3 ตัวแปร คือ

- | | | |
|----------------|---|---------------------|
| 1. สถานภาพสมรส | 1 | คือมีคู่ครอง/แฟน |
| | 0 | คือไม่มีคู่ครอง/แฟน |

2. ระดับการศึกษา 1 0 คือสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา
 0 1 คือระดับมัธยมศึกษา
 0 0 คือต่ำกว่ามัธยมศึกษา
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว
 1 คือเคยได้รับ
 0 คือไม่เคยได้รับ

ตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรระดับช่วงมี 3 ตัวแปร คือ

1. อายุ (จำนวนปี)
2. คะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว (คะแนน)
2. คะแนนเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว (คะแนน)

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

	ตัวแปร						
	1. อายุ	2. สถานภาพสมรส	3. การศึกษาระดับมัธยมศึกษา	4. การศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา	5. การรับข้อมูลข่าวสาร	6. คะแนนความรู้	7. คะแนนเจตคติ
1. อายุ	-						
2. สถานภาพสมรส	.32**	-					
3. การศึกษาระดับมัธยมศึกษา	.02	.05	-				
4. การศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา	-.10	-.06	-.62**	-			
5. การรับข้อมูลข่าวสาร	.00	-.16*	-.13*	.20**	-		
6. คะแนนความรู้	.02	-.04	-.04	.20**	.30**	-	
7. คะแนนเจตคติ	.15**	.06	-.02	.08	.25**	.52**	-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว

ตารางที่ 12 ผลวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็วของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	R	R ²	B	β	t-value	P-value
ค่าคงที่	.57	.33	-6.74		-5.7	.000
อายุ			-.01	-.02	-.47	.641
สถานภาพสมรส			-.18	-.03	-.66	.510
การศึกษาระดับมัธยมศึกษา			.68	.12	2.11	.035
การศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา			1.27	.20	3.57	.000**
การรับข้อมูลข่าวสาร			.91	.16	3.39	.001*
เจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว			.33	.47	10.13	.000**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 12 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ คือ คะแนนเจตคติ ระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมศึกษา และการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว ตามลำดับนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ (ยุทธ ไกยวรรณ และ กุสุมา ผลาพรหม, 2553) ได้ดังนี้

1. เจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับปานกลาง ($\beta=.47$) กับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับน้อย ($\beta=.20$) กับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3. การรับรู้ข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับน้อย ($\beta=.16$) กับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

และพบว่า ตัวแปรทั้ง 3 ตัว มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($R=.57$) กับคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว และเมื่อนำตัวแปรที่สัมพันธ์นั้นมาอธิบายความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 33 ($R^2=.33$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ ได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรส

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว

ตารางที่ 13 ผลวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	R	R ²	B	β	t-value	P-value
ค่าคงที่	.55	.30	29.48		37.05	.000
อายุ			.05	.12	2.56	.011*
สถานภาพสมรส			.38	.05	.98	.327
การศึกษาระดับมัธยมศึกษา			-.10	-.01	-.21	.831
การศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา			-.28	-.03	-.53	.596
การรับข้อมูลข่าวสาร			.94	.12	2.41	.017*
ความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว			.69	.49	10.13	.000**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 13 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว คือ คะแนนความรู้ อายุ และการรับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว ตามลำดับนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ (ยูทท ไกยวรรณ์ และ กุสุมา ผลาพรม, 2553) ได้ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับปานกลาง ($\beta=.49$) กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. การรับรู้ข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับน้อย ($\beta=.12$) กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. อายุ มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับน้อย ($\beta=.12$) กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

และพบว่า ตัวแปรทั้ง 3 ตัว มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง ($R=.55$) กับคะแนนเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว และเมื่อนำตัวแปรที่สัมพันธ์นั้นมาอธิบายความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 30 ($R^2=.30$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว ได้แก่ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติของชายที่มีต่ออาการหลังเร็ว: กรณีศึกษาผู้ใช้บริการคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ ระดับความรู้และแหล่งที่มาของความรู้ของชายเรื่องอาการหลังเร็ว
2. เพื่อศึกษาเจตคติของชายที่มีต่ออาการหลังเร็ว
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของชายที่มีต่ออาการหลังเร็ว

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ เป็นชายที่มาใช้บริการคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีอายุระหว่าง 18 – 59 ปี เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 356 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยได้สร้างแบบสอบถามขึ้นจากการทบทวนแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว

ในการเก็บข้อมูลใช้วิธีการให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง เมื่อผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะแจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็วให้ผู้ร่วมวิจัย เมื่อได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยจะตรวจสอบแบบสอบถาม หากฉบับใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะคัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก จากนั้นจึงนำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสูงสุด, และค่าต่ำสุด ในการอธิบาย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร คือคุณลักษณะประชากรกับความรู้อาการหลังเร็วและเจตคติของชายต่ออาการหลังเร็ว ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยวิธี Enter ในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 17.0

สรุปและอภิปรายผลการ

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง การสำรวจความรู้อาการหลังเร็วและเจตคติเกี่ยวกับอาการหลังเร็วที่มีของชายที่มาใช้บริการคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) กรุงเทพมหานคร พบว่า

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 35.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.07 มีอายุต่ำสุดเท่ากับ 18.0 ปี และอายุสูงสุด 59.0 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.3 กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.7) ไม่มีคูครอง/แฟน ร้อยละ 55.8 อาศัยอยู่ด้วยกัน และร้อยละ 47.8 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา

2. ความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้น้อย คิดเป็นร้อยละ 51.1 มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 6.0 คะแนน \pm 2.85 คะแนน สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้น้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งตอบคำถามว่า “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ” ทำให้ได้คะแนนความรู้ เท่ากับ 0 คะแนน จำนวน 3 ข้อ ในเรื่องของสาเหตุของอาการหลังเร็ว คือ

1. “การเกิดอาการหลังเร็วอาจมีสาเหตุมาจากองคชาตไม่แข็งตัว” คิดเป็นร้อยละ 61.2

2. “การหลังเร็วอาจเกิดจากการบาดเจ็บหรือพิการของกระดูกสันหลังบางประเภท “ คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ

3. “คนที่ใช้ยารักษาอาการโรคซึมเศร้าอาจมีผลข้างเคียงทำให้หลังเร็ว” คิดเป็นร้อยละ 58.1

ข้อความเหล่านี้เป็นความรู้ด้านการแพทย์ ทางผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากหนังสือของ เอนก อารีพรรค สุวิทนา อารีพรรค American Psychiatric Association และ งานวิจัยของ Marcel D. Waldinger ซึ่งเป็นความรู้ทางการแพทย์เชิงลึกที่ต้องมีได้รับความรู้ ในระดับการศึกษาชั้นสูง หรือเฉพาะทาง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.8) มีการศึกษาอยู่ในเพียงระดับ

มัธยมศึกษาเท่านั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะตอบว่าไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ มากกว่าข้ออื่นๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้น้อย

การได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว คิดเป็นร้อยละ 58.4 และแหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับอาการหลังเร็วที่เคยได้รับส่วนใหญ่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารมาจากสื่อประเภทอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ จากเพื่อน/คนรู้จัก คิดเป็นร้อยละ 42.8

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้ โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอย พหุคูณ ด้วยวิธี Enter มีตัวแปรที่ศึกษาคือ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว และคะแนนเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว อย่างไรก็ตามพบว่า มีตัวแปรเพียง 3 ตัวแปรเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนความรู้ ($R=.57$) คือ เจตคติ ระดับการศึกษา และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้เพียงร้อยละ 33 ($R^2=.33$) ทำให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ อีกร้อยละ 67 ที่ไม่ใช่ปัจจัยที่ศึกษาข้างต้นแต่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว ซึ่งต้องศึกษาและวิจัยต่อไปในอนาคต แต่เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรู้เรื่องอาการหลังเร็วในตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้อาการหลังเร็วพบว่า

เจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับปานกลาง ($\beta=.47$) กับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรียน ไชยชนะ (2547) ที่พบว่ากลุ่มที่มีเจตคติเกี่ยวกับอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงจะมีความรู้เรื่องของอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับสูงเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากการที่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศนั้นๆ ด้วย

ระดับการศึกษาซึ่งในการศึกษานี้คือกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่ามัธยมศึกษา อันได้แก่ อนุปริญญา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี โดยมีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับน้อย ($\beta=.20$) กับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากการที่กลุ่มเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีประสบการณ์ ระยะเวลาในการหาแสวงหาความรู้ยาวนานกว่ากลุ่มอื่นทำให้มีโอกาสที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็วได้มากกว่าเช่นกัน

การรับรู้ข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับน้อย ($\beta=.16$) กับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เพราะการได้รับข้อมูลข่าวสารย่อมทำให้เกิดองค์ความรู้ในตัวบุคคล ซึ่งจากการวิจัยนี้ พบว่ากลุ่มที่มีความรู้น้อยไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการหลังเร็วเลย ถึงร้อยละ 53.8 นั้นแสดงว่าหากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารที่มี

เนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็วมากขึ้น ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเองมีความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณนา หงษ์ศรีสุวรรณ (2544) ว่าการเปิดรับข่าวสารเรื่องเพศศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้เรื่องเพศศึกษา นั่นคือ หากเปิดรับข่าวสารเรื่องเพศศึกษามากก็ จะมีความรู้มากเช่นกัน

เมื่อพิจารณาถึงแหล่งที่มาของข้อมูลความรู้แล้ว จะเห็นว่า ร้อยละ 45.7 ของผู้ที่เคยได้รับ ข้อมูลข่าวที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว (208 คน) หรือคิดเป็น 95 คน ที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ผ่านอินเทอร์เน็ต อันเป็นช่องทางที่สะดวกและง่าย อีกทั้งทันสมัย ตามงานวิจัยของปวเรศ เลขะวรรณ (2551) พบว่าการที่วัยรุ่นชายหญิงใช้อินเทอร์เน็ตนั้น เพื่อการสืบค้นข้อมูล โดยความ คาดหวังว่าอินเทอร์เน็ต สามารถรับข้อมูลได้ตามความต้องการ อันเป็นประโยชน์ และมีความ ทันสมัย แหล่งข้อมูลที่สนใจในการค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องเพศที่เปิดกว้าง และอิศรา ัญญา วิณิชกุล (2548) พบว่าวัยรุ่นที่เป็นนิสิตนักศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาทั้งชายและหญิง มีแรงจูงใจ ทางจิตวิทยาในการแสวงหาข่าวสารเรื่องเพศมากเพื่อหาความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศให้มาก กว่าเดิม ดังนั้นหากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 95 คนเปิดรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการหลังเร็วจาก อินเทอร์เน็ตแล้ว ทั้ง 95 คนนี้ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ในระดับมาก แต่จากศึกษาพบว่ามีเพียง 72 คน เท่านั้นที่มีความรู้มาก ทำให้สันนิษฐานได้ว่าข้อมูลที่ได้จากช่องทางของอินเทอร์เน็ตนั้น อาจมี ความผิดพลาด ไม่ถูกต้องหรือผิดจากความจริงได้ อินเทอร์เน็ตเป็นแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ไม่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลเรื่องอาการหลังเร็วโดยตรง ดังนั้นการที่จะเผยแพร่หรือนำเสนอความรู้ ควรได้รับการสนับสนุนหรือพัฒนาความรู้จากแหล่งความรู้ปฐมภูมิ คือ จากผู้เชี่ยวชาญโดยตรงซึ่งสอดคล้องกับการหาความรู้ในงานวิจัยของ Ganesan P. Adaikan และคณะ (2011) ที่ว่าชายที่มีอาการหลังเร็วเพียง ประมาณร้อยละ 20 เท่านั้นที่ปรึกษาแพทย์ ด้วย ค่านิยมในสังคมเกี่ยวกับเรื่องเพศยังไม่สามารถที่จะสื่อสารได้อย่างเปิดเผย ความไม่กล้าถามหรืออายที่จะถาม ทำให้เกิดการหาข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ซึ่ง Ahmet FK. และคณะ (2004) ได้เสนอไว้ว่า ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว ควรมีการศึกษาในโรงเรียนที่ชัดเจนและถูกต้อง รวมถึง การเสนอข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการหลังเร็วในรายการทางวิทยุหรือโทรทัศน์ รวมถึงการได้รับ คำปรึกษาหรือความรู้ที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรงมากกว่า

ส่วนปัจจัยด้านอายุไม่สัมพันธ์กับความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Kate MD. และคณะ (1999) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหลังเร็วและความรู้เรื่อง อาการหลังเร็ว และอีกปัจจัยหนึ่งคือสถานภาพสมรส ไม่สัมพันธ์กับความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว จาก การวิจัยนี้สาเหตุที่ทำให้สถานภาพการสมรสไม่สัมพันธ์กับความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว อาจมีสาเหตุ

เนื่องมาจากการที่เลือกมาใช้มาตรวัดที่ไม่ละเอียด เหมาะสม คือกลุ่มที่มีคู/แพน และกลุ่มที่ไม่มีคู/แพน แทนที่จะใช้สถานภาพสมรสอันได้แก่ แต่งงาน โสด หม้าย หย่า เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจสับสน ติความไม่ถูกต้อง เพราะไม่เข้าใจ ทำให้เมื่อวิเคราะห์แล้วไม่มีความสัมพันธ์กันกับความรู้ แต่ถึงอย่างไรก็ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kate MD. และคณะ (1999) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหลังเร็วและความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hwancheol Son และคณะ (2010) ที่พบว่า สถานภาพสมรสและการอยู่ร่วมกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว

3. เจตคติของชายที่มีต่ออาการหลังเร็ว

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 55.3 มีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนเจตคติต่ออาการหลังเร็วเท่ากับ 35.8 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.05 คะแนน

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติ โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ ด้วยวิธี Enter มีตัวแปรที่ศึกษาคือ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา การรับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวอาการหลังเร็ว และคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว พบว่า แต่มีตัวแปรเพียง 3 ตัวแปรเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว ($R=.55$) คือ ความรู้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และอายุ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัวนี้สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้เพียงร้อยละ 30 ($R^2=.30$) ทำให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ อีกร้อยละ 70 ที่ไม่ใช่ปัจจัยที่ศึกษาข้างต้น แต่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว จะต้องหาและวิจัยต่อไปในอนาคตถึงปัจจัยต่างๆ เหล่านั้น แต่เมื่อพิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วในตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้อาการหลังเร็วพบว่า

ความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับปานกลาง ($\beta=.49$) กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว ย่อมมีเจตคติที่ดีต่ออาการหลังเร็วนั้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรียน ไชยชนะ (2547) ที่พบว่ากลุ่มที่มีเจตคติทางบวกเกี่ยวกับอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศสูงจะมีความรู้เรื่องของอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศในระดับสูงเช่นกัน และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ Ömer Gülpinar และคณะ (2011) ที่ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างชายชาวตุรกี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ต่ำ จะมีเจตคติต่อการแสวงหาการรักษาอาการบกพร่องทางเพศน้อยด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ของ มานิดา ธรรมตารีย์ (2545) ที่พบว่า นักเรียนที่มีระดับผลการเรียนต่ำ มีคะแนน

เฉลี่ยทัศนคติต่อเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสต่ำ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเองกว่าครึ่ง (ร้อยละ 51.1) มีความรู้ที่น้อย เมื่อเปรียบเทียบกับเจตคติซึ่งส่วนใหญ่ก็มีเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วต่ำเช่นกัน ถึงร้อยละ 55.3 ซึ่งมีความสัมพันธ์สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน

การรับรู้ข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับน้อย ($\beta=.12$) กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรรณนา หงษ์ศรีสุวรรณ (2544) ซึ่งพบว่า การเปิดรับข่าวสารเรื่องเพศศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อเรื่องเพศศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างกันในประเด็นเนื้อหาทางด้านเพศ และกลุ่มประชากรจึงทำให้ผลแตกต่างกัน ในการวิจัยครั้งนี้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มผู้ชายเฉพาะ อีกทั้งยังเป็นเรื่องของอาการหลังเร็วด้วยจึงทำให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับเรื่องอาการหลังเร็ว โดยเคยได้รับข้อมูลข่าวสารถึงร้อยละ 58.4 ทำให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้มีความสนใจในสุขภาพทางเพศของตนเอง ซึ่งช่องทางที่ง่ายและส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารมานั้นได้รับจากอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 45.7) ด้วยเหตุนี้การได้รับข้อมูลข่าวสารจึงมีความสัมพันธ์ต่อเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว

อายุ มีความสัมพันธ์ในทางบวก ในระดับน้อย ($\beta=.12$) กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Kate MD. และคณะ (1999) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหาความบกพร่องทางเพศ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลังเร็วจะปรับเปลี่ยนไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น ยังสอดคล้องกับ งานวิจัยของ Hwancheol Son และคณะ (2010) อาการหลังเร็วมีความสัมพันธ์กับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยของ Edward O. Laumann และคณะ (1999) พบว่า ประสิทธิภาพความบกพร่องทางเพศเกี่ยวกับอาการหลังเร็วจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่เมื่ออายุมากขึ้น ความสามารถในการควบคุมการหลั่งน้ำกามของผู้ชายจะดีขึ้นตามอายุ อันหมายถึงประสิทธิภาพทางเพศที่เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะจากการสำเร็วดังความใคร่ด้วยตนเองหรือการมีเพศสัมพันธ์ กิจกรรมทางเพศเหล่านี้เป็นการฝึกฝนและพัฒนาความสามารถที่จะควบคุมการหลั่งของตนเองได้ คล้ายกันกับภาวะปัสสาวะรดที่นอนในเด็กซึ่งการควบคุมการปัสสาวะจะพัฒนาดีขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (สุวิทนา อารีพรพรค, 2550) รวมถึงเมื่ออายุมากขึ้นประสิทธิภาพมากขึ้นก็จะใช้วิธีการต่างๆ เพื่อแก้ไขอาการหลังเร็ว เช่น การเล่าโลมก่อนการร่วมเพศ การกระตุ้นฝ่ายหญิง การไม่ขยับเขยื้อนมากระหว่างร่วมเพศ การหยุดพักเป็นระยะๆ การใช้เวลาช้าๆ การเป็ยงเบนอารมณ์เพศ การทำใจ การไม่คิดถึงเรื่องเพศ การสร้างมโนภาพ การควบคุมสติเมื่อ

ตื่นเต้นมาก การไม่รีบร้อน การรู้จักการผ่อนคลาย การปล่อยตามธรรมชาติ การฝึกขมิบทวาร การถอนอวัยวะเพศออกชั่วคราวเมื่อรู้สึกจะหลัง การใช้มือช่วย การให้ฝ่ายหญิงอยู่ข้างบน การใช้สารหล่อลื่น เป็นต้น (เขมิกา ยามะรัต และคณะ, 2541)

ส่วนปัจจัยที่สถานภาพสมรสไม่สัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว อย่างมีนัยสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hwancheol Son และคณะ (2010) ที่พบว่า สถานภาพสมรสและการอยู่ร่วมกัน ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของการหลังเร็ว อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากการที่เลือกใช้มาตราวัดที่ไม่ละเอียด เหมาะสม คือกลุ่มที่มีคู่นอน และกลุ่มที่ไม่มีคู่นอน แทนที่จะใช้สถานภาพสมรสอันได้แก่ แต่งงาน โสด หม้าย หย่า เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจสับสนตีความไม่ถูกต้อง เพราะไม่เข้าใจ ทำให้เมื่อวิเคราะห์แล้วไม่มีความสัมพันธ์กันกับความรู้และอีกปัจจัยหนึ่งคือระดับการศึกษาไม่สัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว อย่างมีนัยสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hartmut Porst และคณะ (2007) ซึ่งทำการสำรวจเพื่อศึกษาเกี่ยวกับความชุกและเจตคติเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว พบว่า เจตคติเกี่ยวกับอาการหลังเร็วไม่มีความสัมพันธ์กับผู้ที่ศึกษาในระดับวิทยาลัยซึ่งอายุ 24 ปี ขึ้นไป และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ Hwancheol Son และคณะ (2010) ที่พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของการหลังเร็ว อาจเนื่องจากการระดับการศึกษาต่างๆ นั้นให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศในระดับพื้นฐานเท่านั้น ยังไม่มีระดับการศึกษาใดที่มีการให้ความรู้ความเข้าใจอย่างเจาะลึกเกี่ยวกับประเด็นเรื่องของการหลังเร็ว ทำให้คิดว่าอาการหลังเร็วยังไม่ใช่ประเด็นปัญหาใหญ่ในชีวิตของผู้ชาย จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็ว

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในชายที่มาใช้บริการคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น จึงไม่สามารถนำผลไปอ้างอิงประชากรชายทั่วไปได้
2. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในชายที่มาใช้บริการคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น เป็นกลุ่มที่มีความต้องการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นกลุ่มประชากรเหล่านี้จึงเป็นกลุ่มที่มีความรู้เรื่องเพศเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว จึงไม่สามารถนำผลไปอ้างอิงประชากรชายทั่วไปได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

จากการสำรวจความรู้และเจตคติของชายที่มีต่ออาการหลังเร็ว: กรณีศึกษาผู้ใช้บริการคลินิกชาย สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก) กรุงเทพมหานคร ซึ่งการวิจัยจากการศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีเนื้อหา หลักสูตร หรือวิชาที่ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ ซึ่งสอดแทรกเนื้อหาของอาการหลังเร็วเข้าไปด้วย เช่น วิชาสุขศึกษา ซึ่งเป็นวิชาที่สอนเกี่ยวกับสุขลักษณะ สุขภาพอนามัย โดยมีการสอนตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ทั้งนี้เนื่องจากการที่ได้ทำการวิจัยพบว่า อาการหลังเร็ว สามารถเกิดขึ้นได้นับตั้งแต่การมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรก และหากเกิดการไม่เข้าใจถึงสาเหตุ ลักษณะการเกิดอาการหลังเร็วดังกล่าว อาจทำให้เกิดเป็นความรู้สึกว่า ตนเองมีปมด้อย กลายเป็นปัญหาทางเพศต่อไปได้เมื่อเติบโตขึ้นได้ เป็นต้น

2. ควรมีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะอาการหลังเร็ว ให้แก่ประชาชนทั่วไป โดยควรเผยแพร่ผ่านทางสื่อต่างๆ อย่างชัดเจน สื่อสารให้เข้าใจได้ง่าย และมีมากพอ รวมถึงควรทั่วถึง เพราะเมื่อประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง ก็จะสามารถที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้ และจะหาทางหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการนี้ได้ และแม้ว่าหากเกิดอาการนี้แล้วก็ยังสามารถที่จะดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงแสวงหาทางแก้ไขอย่างถูกต้อง ให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติดังเดิมหรือทำให้ชีวิตมีความสุข และเป็นการลดปัญหาในครอบครัวลงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็วผ่านสื่อทางช่องทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นสื่อที่ได้รับความนิยมอย่างมาก เพราะเป็นสื่อที่มีราคาไม่แพง สะดวก และง่ายในการเข้าถึง แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตเป็นจำนวนมาก แต่กลับมีความรู้ที่ถูกต้องในระดับต่ำ และยังมีผลกับเจตคติที่มีต่ออาการหลังเร็วในระดับต่ำ ทำให้เห็นว่าข้อมูลที่มีการเผยแพร่อยู่ในอินเทอร์เน็ตในปัจจุบัน ผิดไปจากความจริง ที่ผู้เชี่ยวชาญหรือผลงานทางวิชาการที่ได้นำเสนอไว้ ดังนั้นจึงควรมีบุคลากร องค์กร หรือหน่วยงาน ที่สามารถตรวจสอบ กลั่นกรอง วิเคราะห์ความถูกต้องและเหมาะสมของข้อมูลความรู้ก่อนที่จะนำเสนอ เผยแพร่ต่อผู้ใช้สื่อในช่องทางนี้ในการหาข้อมูลความรู้ต่อไป

3. ควรมีหน่วยงานหรือศูนย์สุขภาพข้อมูลเพศชาย ที่มีบุคลากรที่มีความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว กระจายทั่วไปอยู่ ณ ศูนย์สุขภาพต่างๆ ทั่วประเทศ เนื่องจากเมื่อประชาชนมีปัญหาแล้วไม่ทราบว่าจะไปขอรับการปรึกษาได้ที่ไหน ทำให้ต้องหาความรู้และทางแก้ไขด้วยตนเอง ตามความเชื่อต่างๆ ที่อาจไม่ถูกต้อง และอีกส่วนหนึ่งอาจจำต้องยอมรับสภาพของอาการหลังเร็วที่

ตนเองเป็นอยู่ต่างๆ ที่มียังความต้องการเพศ แต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของตนเองนั้นได้ ทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ในการดำรงชีวิตเกิดขึ้นตามมา

ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยในอนาคต

1. ควรพัฒนาเครื่องมือหรือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้เกี่ยวกับอาการหลังเร็วที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้งานวิจัยมีความคุณภาพที่สูงขึ้น

2. ควรทำวิจัยในเรื่องนี้ในกลุ่มประชากรอื่นๆ เช่น ประชากรชายทั่วไป เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคลินิกสุขภาพชาย เป็นต้น

3. ควรทำวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวกับอาการหลังเร็ว เช่น ความคิดเห็นของภรรยาหรือคู่นอนต่อชายที่มีอาการหลังเร็ว การเลือกวิธีการรักษาของอาการหลังเร็ว การนำเสนอข้อมูลความรู้เรื่องเพศทางอินเทอร์เน็ตที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการหลังเร็ว หรือความชุกของอาการหลังเร็วในประชากรชายไทย เป็นต้น

4. ควรมีการทำการวิจัยเชิงคุณภาพ ในเรื่องของความรู้ เจตคติ ในด้านของสาเหตุ การประเมินตนเองต่อภาวะความเสี่ยงของอาการหลังเร็ว การรับบริการการให้คำปรึกษา กระบวนการรักษา เช่น การใช้วิธีการพฤติกรรมบำบัดของ Master and Johnson pause-squeeze technique หรือบีบที่คองคชาติ Kaplan stop-start method และวิธีอื่นๆ รวมถึงการยอมรับ หรือเปิดเผยภาวะอาการหลังเร็วของชาย เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ศูนย์โรงพยาบาลบางรัก), ฝ่ายสถิติข้อมูลการใช้บริการคลินิกชาย. ข้อมูลผู้ใช้บริการคลินิกชาย. (เอกสารอัดสำเนา). 2553.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.
- เขมิกา ยามะรัต, ปิยะลัมพร หะวานนท์, ไพโลน ศรีสุขโข, บรรลุ ศิริพานิช และ นิกร ดุสิตสิน. สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2541.
- จิตราภรณ์ บุญถนอม. ความชุกของภาวะความบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ายาด้านเศร้ากลุ่มเซโรโทนิน สเปซิฟิก รีอับเทค อินฮิบิเตอร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาแพทยศาสตร์ (สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547
- จุไรพร จินตกานนท์. การสร้างแบบวัดทัศนคติ. กรุงเทพมหานคร: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2535
- ชวรัตน์ เติตชัย. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการสื่อสารมวลชน. กรุงเทพมหานคร : คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2527.
- ทรงพล ภูมิพัฒน์. จิตวิทยาสังคม. นนทบุรี: Sp printing. 2538.
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น. 2535.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช. 2526.
- ปวเรศ เลขะวรรณ. พฤติกรรมกรรมการเปิดรับสื่ออินเทอร์เน็ตในการดำรงชีวิตประจำวันของกลุ่มวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2551
- พัชรี เขยจรรยาและคนอื่นๆ. แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เบลโล่การพิมพ์. 2541.
- ไพศาล หวังวานิช. การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช. 2526.
- พุกษา บุญบุญ. ทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2549.

- มานิดา ธรรมตารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับครอบครัว และระดับความนับถือตนเอง กับทัศนคติต่อเพศสัมพันธ์ก่อนสมรส ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.
- โยธิน ศันสนยุทธ และ จุมพล พูลภัทรชีวิน. จิตวิทยาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ. 2529.
- ยุทธ ไถยวรรณ และ กุสุมา ผลาพรหม. พื้นฐานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ. 2553.
- เจิงถิตี ปราการะนันท์. การเปิดรับเนื้อหาทางเพศจากนิตยสารผู้หญิง และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาของสตรีวัยรุ่นและวัยทำงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาวารสารสนเทศ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2544.
- สิริอร วิชชาวุธ. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2550.
- สุชา จันท์เอม และ สุรางค์ จันท์เอม. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช. 2524.
- สุชา จันท์เอม. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช. 2542.
- สุชา จันท์เอม. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช. 2544.
- สุชาติ ไสมประยูร. เพศศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช. 2540.
- สุริยณ ไชยชนะ. การสำรวจความรู้และเจตคติของชายไทยที่มีต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ: ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547.
- สุวิทนา อารีพรรค และ เอนก อารีพรรค. สมรรถภาพทางเพศและความบกพร่องทางเพศ ชุด “เรียนรู้เรื่องเพศ” เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2528.
- สุวิทนา อารีพรรค. เรียนรู้เรื่องเพศกับหมอ(ภาค 1). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์. 2550.
- สุวรรณนา หงษ์ศรีสุวรรณ. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา ของผู้ปกครองนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2544.
- ศุภกนิษฐ์ พลไพรินทร์. เทคนิคการประเมินผล. กรุงเทพมหานคร: แพรววิทยา. 2540.

- เอนก อารีพรอค และสุวัทนา อารีพรอค. เรียนรู้เรื่องเพศ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2525.
- เอนก อารีพรอค. เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี จำกัด. 2548.
- อริศรา ธีญญาวิณิชกุล. การใช้สื่อใหม่ในการตอบสนองความต้องการสื่อสารเรื่องเพศของวัยรุ่นในยุคลังคมสารสนเทศ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, ภาควิชาวารสารสนเทศ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2548.
- อวยพร เรื่องตระกูล. สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์1. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2550.

ภาษาอังกฤษ

- Adam, J.M., Gary, H.B., and Jennifer, L.M. A biopsychosocial System Approach to Premature Ejaculation. The Canadian Journal of Human Sexuality 13 (2004): 45-55.
- Althof, S.E. Prevalence, characteristics and implications of premature ejaculation/rapid ejaculation. Journal of Urology 175 (2006): 842-848.
- Ahmet, F.K., Hayrettin S., Ali, F.A., and Mehmet, K.B. Premature ejaculation rates and treatment needs in males aged 20 years and over attending urology outpatient clinic. International Urology and Nephrology 36 (2004) 579-581.
- Albersen, M., Shindel, A.W., and Lue, T.F. Sexual dysfunction in the older man. Clinical Gerontology 19 (2009): 237-248.
- American Psychiatric Association. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition, Text Revision. Washington, DC. 2000
- Andrew, M. Dictionary of psychology. New Yor: Great Clarend on Streets, 2001
- Athanasiadis, L. Premature Ejaculation: Is it a biogenic or a psychogenic disorder? Sexual and Marital Therapy 13 (1998): 241-255.
- Bancroft, J. Human sexuality and its problems. Churchill Livingston, Edinburg: RDC Group: 1989
- Birch, R.W. Male sexual Endurance. Columbus, OHIO:PEC, 1998
- Butch, J. Ejaculation problem. British Journal of Sexual Medicine 6. (Jan-Feb 1993): 8-10

- Brawman-Mintzer, O., and Lydiard, R.B. Biological basis of generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychiatry 58 (1997):16–26.
- Emmanuele, A.J. et al. Update on Pathophysiology of Premature Ejaculation: The Bases for New Pharmacological Treatments. Journal of EAU-EBU Update Series 4, (2006):141-149.
- Edward, O.L, Anthony, P., and Raymond, C.R. Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. Journal of American Medical Association 281 (1999): 537-544.
- Francois, G. et al. Premature Ejaculation: Results from a Five-Country European Observational Study. Journal of Urology 53 (2008): 1048-1057.
- Ganesan, P.A., Peter, L., Kok, K.N., and Ee-Ling, F. Asian perspective: Premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) among Singaporean men. Journal of Men's Health 8 (2011): S84–S86.
- Hartmann, U., Schedlowski, M., and Kruger, T.H.C. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation:Differences between dysfunctional and functional men. World Journal of Urology 23 (2005): 93-101.
- Hartmut, P. et al. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) Survey: Prevalence, Comorbidities, and Professional Help-Seeking. Journal of Urology 51 (2007): 816-824.
- Hobbs, K., Symonds, T., Abraham, L., May, K., and Morris, M.F. Sexual dysfunction in partners of men with premature ejaculation. International Journal of Impotence Research 20 (2008): 512-517.
- Hwancheol, S., Sang, H.S., Soo, W.K., and Jae-Seung, P. Self-Reported Premature Ejaculation Prevalence and Characteristics in Korean Young Males. Journal of Andrology 31 (2010): 6.
- Jaspersen-Gastelum et al. Prostatic profile, premature ejaculation, erectile function and andropause in an at-risk Mexican population. International Urology and Nephrology 41, (2009): 303-312.

- Johnson and Johnson Pharmaceutical and Development. Who wants to talk about premature ejaculation. Pp. 1-3. New York: PR Newswire.
- Kate, M.D., Peter, R.C., and Geoffrey, I.H. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. Journal of Epidemiology and Community Health 53 (1999): 144-148.
- Kaplan, H.S. The new sex therapy, pp. 86-123. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- Levent, G., Matthew, O., and Wayne, J.G.H. Premature ejaculation: current and future treatments. Asian Journal of Andrology 10 (2008): 102–109.
- Mamta, G. An alternative, combined approach to the treatment of premature ejaculation in Asian Men. Sexual and Marital Therapy 14-1 (1999): 71-76.
- Masters, W.H. and Johnson, V.E. (1970). Human sexual inadequacy. pp.116-136. Boston: Little Brown,, 1970.
- Montague, D.K., et al. AUA guideline on the pharmacological management of premature ejaculation. Journal of Andrology 172 (2004): 290–294.
- New-Comb. Social Psychology. New York: Dryden Press, 1954.
- Ömer Gülpinar et al. Help-seeking interval in erectile dysfunction: Analysis of attitudes, beliefs and factors affecting treatment-seeking Interval in Turkish men with previously-untreated erectile dysfunction. Journal of Andrology 51 (2011): 10.
- Richard, B. and Jean, L. Healthy Sexuality. CA, USA: Thomson Learning, 2005
- Rowland, D.L., Haensel, S., Blom, J., and Slob, K. Penile sensitivity in men with premature ejaculation and erectile dysfunction. Journal of Sex and Marital Therapy 19 (1993): 189-197.
- Rowland, D.L., Strassberg, D.S, Gouveia, B.C.A, and Slob, A.K. Ejaculation latency and control in men with premature ejaculation: an analysis across sexual activities using multiple sources of information. Journal of Psychosom Research 48(1) (2000): 69-77.
- Rowland, D.L., and Burnett, A. Phamacotherapy in the treatment of male sexual dysfunction. Journal of Sex Research 37(2000): 226-243.

Rowland, D.L. Understanding and Treating the Most Common Male Sexual Disorder:

Premature Ejaculation. Psychiatric Times 21 (2004): 66-69.

Sheldon, O.B. Timing is everything: premature ejaculation a problem that need not be.

Joe Weider's Muscle and Fitness 58 (1997): 148-150.

Stanley, E.A. Prevalence, characteristics and Implications of Premature Ejaculation/Rapid

Ejaculation. Journal of Urology 175 (2006): 842-848.

Tricia, B. The Impact of Premature Ejaculation on Partners and Relationships. Journal of

Urology Supplements 6 (2007): 775-779.

Waldinger, M.D. Lifelong premature ejaculation: current debate on definition and

treatment. Journal of Men's Health and Gender 2 (2005): 333-338.

Waldinger, M.D. Premature ejaculation: Advantage of a new classification for

understanding etiology and prevalence rates. Journal of Sexology 18 (2007):

30-35.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ศัพท์ย่อ (Abbreviation)

อักษรย่อ	คำเต็ม
APA	American Psychiatric Association
ASFQ	Abbreviated Sexual Function Questionnaire
DSM-IV-TR	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ED	Erectile Dysfunction
ICD-10	The International Classification of Diseases
IELT	The short Intravaginal Ejaculatory Latency Time
PE	Premature Ejaculation
PEDT	Premature Ejaculation Diagnostic Tool
SSRI	Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors
SS-cream	Severance Secret Cream
WHO	World Health Organization

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ผู้วิจัยขอความกรุณา ให้ช่วยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาชาติ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิริยาภรณ์ อุดมระติ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาพัฒนาการ

ภาคผนวก ค

เอกสารใบรับรองโครงการวิจัย

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 071/2555

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 031.2/55 : การสำรวจความรู้และเจตคติต่ออาการหลังเร็ว: กรณีศึกษาผู้ใช้บริการ
คลินิกสุขภาพชาย
ผู้วิจัยหลัก : นายมนตรี จันทร์ศรี
หน่วยงาน : สาขาวิชาแพศศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักคนประคิยฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทริ ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 1 พฤษภาคม 2555

วันหมดอายุ : 30 เมษายน 2556

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย 031.2 / 55
วันที่รับรอง 1 พ.ค. 2555
วันหมดอายุ 30 เม.ย. 2556

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ให้ออกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1

ข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความ และเติมคำตอบในช่องว่างที่ตรงกับท่าน

1. ท่านอายุ.....ปี

2. สถานะภาพของท่านในปัจจุบัน

0. ไม่มีคู่ครอง/แฟน

1. มีคู่ครอง/แฟน โปรดระบุ 0.ไม่ได้อยู่ด้วย 1.อยู่ด้วยกัน

3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน

1. ต่ำกว่าประถมศึกษา

5.ปริญญาตรี

2. ประถมศึกษา

6. สูงกว่าปริญญาตรี

3. มัธยมศึกษา

7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. อนุปริญญา

4. ท่านเคยได้รับข้อมูล ข่าวสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวอาการหลังเรื้อรังก่อนมาใช้บริการคลินิกสุขภาพหรือไม่

0.ไม่เคย 1.เคย โปรดระบุแหล่งที่มา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ทีวี/วิทยุ

2. หนังสือพิมพ์/วารสาร/สิ่งตีพิมพ์

3. แผ่นพับ

4. เพื่อน/คนรู้จัก

5. อินเทอร์เน็ต

6. บุคลากรทางการแพทย์

7. อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2

ความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ
1	การหลังเร็วเกิดจากความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์	✓		
2	การเกิดอาการหลังเร็วอาจมีสาเหตุมาจากองคชาติไม่แข็งตัว	✓		
3	การหลังเร็วบางครั้งเกิดจากความกลัวคู่นอน	✓		
4	การหลังเร็วอาจเกิดจากความกลัวต่อปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น	✓		
5	การหลังเร็วอาจเกิดจากการบาดเจ็บหรือพิการของกระดูกสันหลังบางประเภท	✓		
6	การสำเร็จความใคร่แบบเร่งรีบจนเคยชิน ไม่ทำให้เกิดอาการหลังเร็ว		✓	
7	อาการหลังเร็ว หมายถึงการหลังน้ำกามหลังจากได้รับการกระตุ้นเพียงเล็กน้อย	✓		
8	หลังเร็วคือการหลังที่มีระยะเวลาการหลัง ตั้งแต่สอดใส่องคชาติเข้าไปภายในช่องคลอดจนเกิดการหลัง ที่น้อยกว่า 1 นาที	✓		
9	เทคนิคการหยุดเคลื่อนไหวเป็นครั้งคราว ก่อนที่จะหลัง เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยรักษาอาการหลังเร็วได้	✓		
10	เทคนิคการบีบที่คอองคชาติทำโดยฝ่ายผู้หญิง ก่อนที่ผู้ชายจะหลัง เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยยืดระยะเวลาการหลังได้นานขึ้น	✓		

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ/ ไม่ทราบ
11	คนที่ใช้ยารักษาอาการโรคซึมเศร้าอาจมีผลข้างเคียงทำให้หลังเร็ว	✓		
12	ยาชาไม่สามารถช่วยชะลออาการหลังเร็วได้		✓	
13	การสำเร็จความใคร่ก่อนการมีเพศสัมพันธ์บางครั้งช่วยยืดระยะเวลาการหลังให้นานได้	✓		
14	การสวมถุงยางอนามัยไม่สามารถช่วยชะลออาการหลังเร็วได้		✓	

✓ หมายถึง คำตอบที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 3

เจตคติของผู้ชายที่มีต่ออาการหลังเร็ว

คำชี้แจง ข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ ไม่มีข้อความใดถูกหรือผิด แต่เป็นข้อความที่ต้องการทราบความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านมากที่สุด เมื่ออ่านข้อความแต่ละข้อแล้ว ให้พิจารณาและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างทางขวามือว่าท่านเห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยกับข้อความแต่ละข้อมากหรือน้อยเพียงใด

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ท่านคิดว่าผู้ชายที่หลังเร็วมักจะไม่กล้ามีคู่ครอง	(1)	(2)	(3)	(4)
2	ท่านคิดว่าการหลังเร็วทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตคู่	(1)	(2)	(3)	(4)
3	ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นเรื่องน่าอายโดยเฉพาะกับคุณอน	(1)	(2)	(3)	(4)
4	ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นการเร่งให้คุณอนมีความสุขทางเพศเพิ่มขึ้น**	(4)	(3)	(2)	(1)
5	ท่านคิดว่าการหลังเร็วทำให้ความภูมิใจในความเป็นชายลดลง	(1)	(2)	(3)	(4)
6	ท่านคิดว่าการหลังเร็วให้ความสุขทางเพศเพิ่มขึ้นเพราะมีเพศสัมพันธ์ได้บ่อยขึ้น**	(4)	(3)	(2)	(1)
7	ท่านคิดว่าผู้ชายหลังเร็วให้คุณอนมีปัญหาทางเพศด้วย	(1)	(2)	(3)	(4)
8	ท่านคิดว่าการที่หลังเร็วช่วยให้มีลูกเร็วขึ้น**	(4)	(3)	(2)	(1)
9	ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นปมด้อยทางเพศของผู้ชาย	(1)	(2)	(3)	(4)
10	ท่านคิดว่าคนโสดส่วนใหญ่มักหลังเร็ว	(1)	(2)	(3)	(4)

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
11	ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นเรื่องผิดธรรมชาติของผู้ชาย	(1)	(2)	(3)	(4)
12	ท่านคิดว่าคนหลังเร็วส่วนใหญ่เป็นคนที่มีความต้องการทางเพศสูง	(1)	(2)	(3)	(4)
13	ท่านคิดว่าผู้ชายส่วนใหญ่คิดว่าการหลังเร็วเป็นปัญหาใหญ่ในชีวิต	(1)	(2)	(3)	(4)
14	ท่านคิดว่าผู้ชายทุกคนควรมีความรู้เรื่องอาการหลังเร็ว**	(4)	(3)	(2)	(1)

** หมายถึง ข้อความเจตคติทางบวก

จบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณที่ท่านเสียสละเวลาในการทำแบบสอบถามฉบับนี้

ภาคผนวก จ

การคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ข้อความ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. ท่านคิดว่าผู้ชายที่หลังเร็วมักจะไม่น่ามี คู่ครอง	32.37	31.137	.193	.801
2. ท่านคิดว่าอาการหลังเร็วทำให้เกิดปัญหาใน การใช้ชีวิตคู่	32.83	29.178	.436	.782
3. ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นเรื่องน่าอาย โดยเฉพาะกับคุณอน	32.57	28.254	.476	.778
4. ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นการเร่งให้คุณ อนมีความสุขทางเพศเพิ่มขึ้น	32.10	28.990	.340	.792
5. ท่านคิดว่าอาการหลังเร็วทำให้ความภูมิใจใน ความเป็นชายลดลง	32.83	27.178	.704	.760
6. ท่านคิดว่าอาการหลังเร็วให้ความสุขทางเพศ เพิ่มขึ้นเพราะมีเพศสัมพันธ์ได้บ่อยขึ้น	32.23	28.944	.506	.777
7. ท่านคิดว่าผู้ชายหลังเร็วทำให้คุณอนมี ปัญหาทางเพศด้วย	32.73	28.892	.391	.786
8. ท่านคิดว่าอาการที่หลังเร็วช่วยให้มีลูกเร็วขึ้น	32.37	28.447	.497	.777
9. ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นปมด้อยทาง เพศของผู้ชาย	32.83	26.902	.615	.765
10. ท่านคิดว่าคนโสดส่วนใหญ่มักหลังเร็ว	32.27	31.237	.194	.800
11. ท่านรู้สึกว่าการหลังเร็วเป็นเรื่องผิด ธรรมชาติของผู้ชาย	32.37	29.482	.399	.785

ข้อความ	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
12. ท่านคิดว่าคนหลังเรือส่วนใหญ่เป็นคนที่มีความต้องการทางเพศสูง	32.43	28.875	.611	.771
13. ท่านคิดว่าผู้ชายส่วนใหญ่คิดว่าการหลังเรือเป็นปัญหาใหญ่ในชีวิต	32.60	30.179	.403	.785
14. ท่านคิดว่าผู้ชายทุกคนควรมีความรู้เรื่องอาการหลังเรือ	32.90	31.128	.154	.806

Reliability Coefficients

N of Cases = 30 N of Items = 14

Alpha = .802

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายมนตรี จันทร์ศรี เกิดวันที่ 28 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2527 จังหวัดกำแพงเพชร การศึกษาระดับประถมศึกษา ชั้นปีที่ 1-6 โรงเรียนโค้งไผ่วิทยา และมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 จากโรงเรียนโค้งไผ่วิทยา จังหวัดกำแพงเพชร และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน และเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท ในสหสาขาวิชาเกษตรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาคการศึกษาต้นประจำปี พ.ศ. 2551