

ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

นางสาวประภาพร คองโพธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ 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.

FACTORS PREDICTING SEXUAL ACTIVITY AMONG
PATIENTS WITH HEART FAILURE

Miss Prapaporn Dongpho

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนวยกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
โดย	นางสาวประภาพร ดองโพธิ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้แก่นักวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

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

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศจีมาจ ฦ วิเชียร)

ประภาพร ดองโพธิ์: ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (PREDICTING FACTORS SEXUAL ACTIVITY AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 181 หน้า.

การวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมทางเพศและอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อึดมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เพศชายและหญิง วัยผู้ใหญ่ จำนวน 143 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ แบบสอบถามอึดมโนทัศน์ทางเพศ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง ได้ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .82, .95, .86, .75 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีกิจกรรมทางเพศอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 0.51$, $SD = 0.43$)
2. อึดมโนทัศน์ทางเพศ การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($r = .780$, $.695$ และ $.159$ ตามลำดับ) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($r = -.567$)
3. อึดมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองสามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ ร้อยละ 66.8

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อ.....

ปีการศึกษา.....2554.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5377579536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : FACTORS PREDICTING / HEART FAILURE / SEXUAL ACTIVITY

PRAPAPORN DONGPHO: FACTORS PREDICTING SEXUAL ACTIVITY AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE. ADVISOR: ASST. PROF. NORALUK UA-KIT, Ph.D., 181 pp.

The purposes of this predictive correlational research were to study sexual activity and to examine the predictability of predicting factors; sexual self-concept (sexual satisfaction, perceived sexual self efficacy, sexual anxiety and sexual depression) depression, sexual knowledge, and sexual communication among patients with heart failure. One hundred and forty-three males and females adult out-patients with heart failure were recruited from a multistage random sampling in the cardio clinic at Thammasat University Hospital, Police General Hospital, and Faculty of Medicine Vajira Hospital University of Bangkok Metropolis. The instruments used for data collection were the demographic data, sexual activity questionnaire, sexual self-concept, depression, sexual knowledge, and sexual communication. All questionnaires were tested for content validities by five panel of experts, and the reliabilities were .82, .95, .86, .75, and .87 respectively. Descriptive statistics and the multiple regression were used to analyze data. The results revealed:

1. The mean score of sexual activity among patients with heart failure was low ($\bar{X} = 0.51$, $SD = 0.43$).
2. Sexual self-concept, sexual communication, and sexual knowledge were positively related to sexual activity among patients with heart failure ($r = .780$, $.695$, and $.159$ respectively). Depression was negatively related to sexual activity among patients with heart failure ($r = -.567$).
3. Sexual self-concept, depression, sexual knowledge and sexual communication were good predictors for sexual activity. Variables accounted for 66.8% of total variance in sexual activity.

Field of Study : Nursing Science Student's Signature

Academic Year : 2011 Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลัทขณ์ เอื้อกิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง เพื่อให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาและเอาใจใส่อย่างดียิ่ง จนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาจ ณ วิเชียร ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์และให้คำแนะนำในเรื่องสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์นายแพทย์ไพบุลย์ โชตินพรัตน์ภัทร ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อเป็นที่ปรึกษาร่วมในการตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะโครงร่างงานวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบพระคุณ Elaine Steinke, Ph.D., ARNP-CNS, Professor of Nursing, Wichita State University ที่กรุณาอนุญาตให้นำเครื่องมือชื่อ Sex after MI knowledge test มาปรับใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่อนุญาตให้ทดลองใช้และเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง ขอขอบพระคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก และเพื่อนร่วมงานที่ให้โอกาสให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษา ขอขอบคุณเพื่อนๆ ร่วมรุ่นทุกคน และอาจารย์ศิริพร นิราพันธ์ที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา ที่สนับสนุนคอยให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือจนทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จได้ คุณความดีและประโยชน์ใดๆ ที่ได้จากการทำวิทยานิพนธ์นี้ ขอมอบแก่บุพการี ครูบาอาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	10
1.3 คำถามการวิจัย.....	10
1.4 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	10
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	14
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	15
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย.....	18
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย.....	37
2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย.....	40
2.4 สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการส่งเสริม กิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย.....	55
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	69
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	69
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77
3.4 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	79
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	80

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	92
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	93
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	94
5.3 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	102
5.4 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	102
รายการอ้างอิง.....	103
ภาคผนวก.....	115
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	116
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการ ทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	118
ภาคผนวก ค เอกสารการพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	128
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	151
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	181

สารบัญญัตินี้

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายของ โรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71
2	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	76
3	วัน เวลา ของคลินิกที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล.....	78
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรค การรักษาที่ได้รับ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ให้คำแนะนำ ความต้องการได้รับคำปรึกษา ด้านเพศสัมพันธ์ สิ่งที่ต้องการทราบเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ระดับความ สามารถในการทำกิจกรรม โรคร่วม และกลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ.....	82
5	ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน อ้อมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่ครองและกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง.....	87
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง กับกิจกรรมทางเพศ ของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation).....	88
7	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis).....	89

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	68

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจวาย (Heart failure) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่าผู้ป่วยด้วยภาวะหัวใจวาย ประมาณ 5.7 ล้านคน และเสียชีวิต 277,193 คน ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี ซึ่งสถิติภาวะหัวใจวายพบมากในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป สาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และความเสื่อมตามวัย แต่สำหรับภาวะหัวใจวายในวัยผู้ใหญ่มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากแบบแผนการใช้ชีวิตเปลี่ยนแปลงทำให้มีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและเป็นสาเหตุนำไปสู่ภาวะหัวใจวายได้ ซึ่งมีโอกาสเกิด 1:5 คน ทั้งเพศชายและหญิง และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (Roger et al., 2011) สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบข้อมูลสถิติหรืออุบัติการณ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.; เกียรติชัย ฐิริปัญญา และคณะ, 2549) ภาวะหัวใจวายในวัยผู้ใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) (Figuroa and Peters, 2006) ซึ่งอัตราการเสียชีวิตจำแนกตามสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับ พบว่าโรคหัวใจ (Disease of the heart) ติดอยู่ในอันดับ 3 ของสถิติอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ ในปี พ.ศ. 2548-2552 เท่ากับ 28.2, 28.4, 29.3, 29.8 และ 28.96 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) และพบว่ามีแนวโน้มของการเกิดโรคเพิ่มขึ้นอีก เนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียด การสูบบุหรี่ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมา โดยเฉพาะคนที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงก็จะยังมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น และนำไปสู่การเกิดภาวะหัวใจวายตามมาได้ (Lloyd-Jone et al, 2010; Roger et al., 2011)

ภาวะหัวใจวาย (Heart failure) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น แต่สาเหตุสำคัญมาจากโรคหัวใจที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Figuroa and Peters, 2006) ภาวะหัวใจวายเป็นภาวะที่หัวใจทำงานผิดปกติไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ได้อย่างเพียงพอกับความ

ต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะมีปริมาณเลือดที่บีบตัวออกแต่ละครั้งเมื่อเทียบกับปริมาณเลือดในหัวใจ (Ejection fraction: EF) ต่ำกว่าปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ความทนต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง อาการจะเป็นมากขึ้นขณะออกแรง เนื่องจากหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น บางรายที่มีอาการของภาวะหัวใจวายขั้นรุนแรงจะมีอาการเหนื่อยแม้ในขณะที่ใช้พลังงานเพียงเล็กน้อย หรือในขณะที่นอนพัก (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551; วิจิตรา กุสุมภ์, 2553; Nicholas, 2004; Kotzé and Howell, 2008) ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาแล้วอาการต่างๆ ที่กล่าวมาอาจมีเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีอาการเลย (Konstam et al., 1995) ภาวะหัวใจวายเป็นภาวะเรื้อรัง การดำเนินของโรคจะค่อยเป็นค่อยไปและจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ หากไม่ได้รับการรักษา แต่ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและได้รับการรักษาตามสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจวายอาการของโรคจะค่อยๆ ดีขึ้นเรื่อยๆ (Konstam et al., 1995; Jaarsma, Dracup, Walden, and Stevenson, 1996) ภาวะหัวใจวายส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยบางรายมีอาการคงที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ แต่ไม่กล้าทำเนื่องจากกลัวจะเกิดอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก หรืออาการแทรกซ้อนอื่นๆ กำเริบขึ้นอีก (Stein and Hohmann, 2006) ผู้ป่วยเหล่านี้จะพยายามลดหรือจำกัดกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน รวมไปถึงกิจกรรมทางเพศด้วย แม้กระทั่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนอาการของโรคดีขึ้นแล้ว ก็ยังไม่กล้ามีกิจกรรมทางเพศ เนื่องจากกลัวว่าอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น หรือเสียชีวิตขณะมีกิจกรรมทางเพศ (Stein and Hohmann, 2006; Steinke et al., 2008) ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ตามธรรมชาติยังมีความต้องการทางเพศเพราะเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ นอกจากจะเป็นการสืบพันธุ์แล้ว ยังรวมถึงสัมพันธภาพของการสื่อสาร ความรัก ความเชื่อใจ การแบ่งปันและการให้ความสุข ซึ่งการแสดงออกทางเพศมีอยู่คู่กับมนุษย์ไปตลอดชีวิต ไม่เพียงแต่ด้านร่างกายและการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น แต่ยังหมายถึงการแสดงความรู้สึก คุณค่า ความคิด และความต้องการของมนุษย์ด้วย (Ebersole and Hess, 1997; World Health Organization; [WHO], 2006)

“กิจกรรมทางเพศ” (Sexual activity) หรือในตำราวารสารทางวิชาการหลายเล่มอาจใช้คำว่า “พฤติกรรมทางเพศ” (Sexual behavior) (Master and Johnson, 1966; Scalzi and Dracup, 1978; McCann, 1989; Master, Johnson, and Kolodny, 1995; Ebersole and Hess, 1997) ซึ่งมีการให้ความหมายเหมือนกันคือ เป็นการกระทำที่แสดงออกทางด้านเพศสัมพันธ์ของบุคคล เพื่อแสดงออกถึงอารมณ์ ความรัก ความอบอุ่น ความเอื้ออาทรของคู่รัก เป็นการกระทำในลักษณะที่มีการร่วมเพศหรือไม่มีการร่วมเพศก็ได้ ซึ่งการกระทำที่มีการร่วมเพศแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (Denny, Field, and Quadagno, 1984) ได้แก่ 1) ระยะเล้าโลมก่อนการร่วมเพศ ในระยะนี้จะมีการตอบสนองทางเพศอยู่

ในระยะตื่นตัว (Excitement phase) 2) ระยะร่วมเพศจะมีการตอบสนองทางเพศในระยะกำหนดสูง หรือระยะเสียว (Plateau phase) และระยะจุดสุดยอด (Orgasm phase) และ 3) ระยะหลังการร่วมเพศ จะเป็นระยะกลับคืน (Resolution phase) (Master and Johnson, 1966) จากการศึกษาพบว่า การตอบสนองทางเพศในระยะตื่นตัวและระยะกำหนดสูงทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจรู้สึกกังวล กลัวอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น เนื่องจากหัวใจจะเต้นแรงและเร็ว อัตราการหายใจจะเร็วขึ้น ส่วนในระยะจุดสุดยอดและระยะกลับคืนเป็นระยะที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเสียชีวิตได้ (Briggs, 1994) เนื่องจากในระยะจุดสุดยอดร่างกายต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น (Increased cardiac consumption) ในคนปกติหัวใจจะเต้นเร็วขึ้น การหายใจจะเร็วและลึกขึ้น (Hyperventilation) ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะยังมีอาการหอบเหนื่อย หายใจเร็วมากขึ้นอีก หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจหยุดเต้นได้ (Sudden cardiac arrest) หากปริมาณของออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการจะทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หากมีการออกกำลังกายที่มากขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์อาจมีการปรับแต่งของคราบไขมันหรือมีลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดโคโรนารีอาจทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ (Stein, 2000) และในระยะกลับคืน อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง การไหลเวียนโลหิตกลับเข้าสู่ร่างกายลดลงชั่วคราว (Transient decrease in venous return) ผู้ป่วยอาจมีอาการใจสั่น หน้ามืด ความดันโลหิตต่ำ และเสียชีวิตได้ (Briggs, 1994) กิจกรรมทางเพศนอกจากจะเป็นความต้องการเพื่อการอยู่รอดของบุคคลแล้ว ยังเป็นการสืบทอดเผ่าพันธุ์ของมนุษย์อีกด้วย ดังนั้นการที่บุคคลมีการปรับตัวด้านกิจกรรมทางเพศที่เหมาะสมจะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านเพศที่ดีขึ้น มีความสุขในชีวิตสมรสและมีความสำเร็จในชีวิตครอบครัว (Jaarsma, 2002; Lai, Hsieh, Ho, and Chiou, 2011; Steinke, Barnason, and Mosack, 2011)

ผลกระทบของภาวะหัวใจวายทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายลดลง รวมทั้งสนใจเรื่องกิจกรรมทางเพศลดลงด้วย ประกอบกับผลข้างเคียงของยารักษาภาวะหัวใจวายบางชนิดที่มีผลต่อการแข็งตัวของอวัยวะเพศ (Erectile dysfunction) ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง (Rastogi et al., 2005; Schwarz et al., 2006; Stein and Hohmann, 2006) มีการศึกษาถึงปัญหาทางเพศและความพึงพอใจทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางเพศตั้งแต่เริ่มเกิดภาวะหัวใจวาย และมีกิจกรรมทางเพศลดลง (Schwarz et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมักจะมีภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยซึ่งส่งผลให้สมรรถภาพทางเพศหรือความต้องการทางเพศลดลง ในขณะที่ความสามารถในการทำกิจกรรมทางเพศที่ลดลงก็ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าได้ (Schwarz et al., 2008; Mosack et al., 2011) ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและกลัวการเสียชีวิตขณะมีกิจกรรมทาง

เพศจะยังทำให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง (Westlake, Dracup, Walden, and Stevenson, 1999; Rastogi et al., 2005) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่อาการของโรคดีขึ้น สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่าสามารถมีกิจกรรมต่างๆ รวมถึงการมีกิจกรรมทางเพศได้ตามปกติ เนื่องจากได้รับการประเมินและส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ (Cardiac rehabilitation) อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการประเมินความทนทานของร่างกายในการทำกิจกรรม ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการของโรคกำเริบและช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการมีกิจกรรมทางเพศด้วย ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีปัญหาทางเพศน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟื้นฟู (DeBusk, 2000; Belardimelli et al., 2005; Schumann et al., 2010) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ยังไม่กล้าที่จะมีกิจกรรมทางเพศเพราะกลัวว่าขณะมีกิจกรรมทางเพศอาจมีอาการของภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้น หรือมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติหรือเสียชีวิตได้ อีกทั้งคูครองของผู้ป่วยก็ไม่กล้ามีกิจกรรมทางเพศด้วย เพราะกลัวว่าจะทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง (Akdolun and Terakye, 2001) ส่งผลต่อความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของความเป็นหญิงและความเป็นชายทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูครองลดลง (Jaarsma, 1996; Arenhall et al., 2010a: 1677-1684; 2010b: 1-7)

ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีระดับความรุนแรงของโรค (New York Heart Association Classification) ในระดับ 3 และ 4 ไม่ควรมีกิจกรรมทางเพศเนื่องจากอยู่ในภาวะที่มีระดับความเสี่ยงสูงถึงแม้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในระดับที่ 3 จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมโดยใช้พลังงานเท่ากับ 3-4 METs (Stolov and Clowers, 1981; Mandras, Uber, and Mehra, 2007) แต่การมีกิจกรรมทางเพศมีความเสี่ยงสูง เนื่องจากอาจกระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักขึ้นหรือเกิดอาการผิดปกติรุนแรงขึ้นได้ แต่ระดับความรุนแรงของโรคในระดับที่ 1 และ 2 สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ตามปกติ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.; Mandras et al., 2007) แต่ควรตรวจสอบความทนทานของร่างกายด้วยการที่ผู้ป่วยสามารถขึ้นลงบันได 20 ขั้นภายในเวลา 10 นาทีโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือทำการทดสอบโดยการเดินบนลู่วิ่งสายพานโดยไม่พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ ซึ่งทั้งสองกิจกรรมนี้ใช้พลังงานเท่ากับ 5-6 METs (1 MET = 3.5 O₂/kg per minute) ในขณะที่มีกิจกรรมทางเพศในระยะก่อนถึงจุดสุดยอด (Pre-orgasm) จะใช้พลังงานประมาณ 2-4 METs ในระยะถึงจุดสุดยอด (Orgasm) จะใช้พลังงานประมาณ 3-4 METs โดยพบว่าในระยะจุดสุดยอดทำที่ผู้ชายอยู่ข้างบน (Man on top) ใช้พลังงานประมาณ 3.3 METs ส่วนทำที่ผู้หญิงอยู่ข้างบน (Women on top) ใช้พลังงานประมาณ 2.5 METs ทั้งนี้พบว่าเพศชายวัยหนุ่มที่มีร่างกายแข็งแรงในระยะจุดสุดยอดอาจใช้พลังงานถึง 5-7 METs ได้ (DeBusk, 2000; Swedberg et al., 2005; Stein and Hohmann, 2006) ดังนั้นผู้ป่วยภาวะ

หัวใจวายจึงสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ เพราะใช้พลังงานใกล้เคียงกับการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น การทำสวน การรดน้ำต้นไม้ ใช้พลังงานประมาณ 4 METs และการทำความสะอาดบ้าน การรีดผ้า การอาบน้ำแต่งตัวโดยที่ไม่ต้องหยุดพัก ใช้พลังงานประมาณ 3 METs (Stolov and Clowers, 1981; Cheitlin, 2003; Stein and Hohmann, 2006; Jackson, 2009) สาเหตุส่วนใหญ่ของการหยุดมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจ คือกลัวอันตรายจากการมีกิจกรรมทางเพศ เนื่องจากขาดความรู้ที่แท้จริงและได้รับข้อมูลข่าวสารว่าผู้ป่วยโรคหัวใจถ้ามีกิจกรรมทางเพศแล้ว จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง (ปริศนา วรนนท์, 2540) นอกจากนี้ ผู้ป่วยไม่กล้าถามแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมทางเพศ ผู้ป่วยบางรายไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้เลย เนื่องจากมีการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายมากกว่า (Belardimelli et al., 2005; Jaarsma et al., 2010b; Steinke et al., 2011) สำหรับสังคมไทยการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ อาการแสดงและการป้องกันความรุนแรงของโรค แต่ไม่ได้คำนึงถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมทางเพศ อีกทั้งเวลาที่ผู้ป่วยพบแพทย์มีค่อนข้างจำกัดเนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก ผู้ป่วยจึงไม่กล้าซักถามเรื่องกิจกรรมทางเพศเพราะกลัวถูกมองในแง่ที่ไม่ดี เนื่องจากบริบทของวัฒนธรรมค่านิยมของคนไทยถือว่าเรื่องกิจกรรมทางเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ควรพูดอย่างเปิดเผย (ชนิดา เขียรธำรงสุข, 2543) และยังพบว่าภายหลังเป็นโรคผู้ป่วยและคู่ครองไม่พูดคุยกันเกี่ยวกับเรื่องเพศ คู่ครองของผู้ป่วยบางรายจะไม่กล้าแสดงออกถึงความรักหรือความใกล้ชิดสนิทสนมที่อาจจะนำไปสู่การมีกิจกรรมทางเพศ เนื่องจากกลัวว่าการมีกิจกรรมทางเพศจะทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง (Medina et al., 2009; Arenhall et al., 2010a) ผู้ป่วยและคู่ครองจึงขาดการสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาหรือความรู้สึกต่างๆ เกี่ยวกับเรื่องเพศ (Luttik, Blaauwbroek, Dijker, and Jaarsma, 2007) ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาในชีวิตสมรสหรือปัญหาครอบครัวได้

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศชายมีกิจกรรมทางเพศลดลง จากการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Maroto-Montero et al., 2008; Schwarz et al., 2008) สาเหตุเนื่องจากในภาวะหัวใจวายร่างกายจะมีการหลั่ง Neurohormonal mediators ผิดปกติ ซึ่งเป็นกลไกของร่างกายในการปรับตัวเพื่อชดเชยให้การไหลเวียนเลือดอยู่ในระดับปกติ ซึ่งสารเหล่านี้จะส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว (Vasoconstriction) รวมถึงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเรียบของอวัยวะเพศชายด้วย การรับประทานยารักษาภาวะหัวใจวายบางชนิด เช่น ยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้า (Beta-blocker) ยาลดไขมัน และยาขับปัสสาวะ เป็นต้น (Rastogi et al., 2005; Schwarz et al., 2006; Stein and Hohmann, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีกิจกรรมทางเพศลดลง เนื่องจากกลัวอาการของโรคกำเริบและเสียชีวิตได้ (Rastogi et al., 2005) ส่วนเพศหญิงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะในวัยหมดประจำเดือน ระดับฮอร์โมน Testosterone และ Estrogen ลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นและการหล่อลื่นของ

ช่องคลอดลดลง มีความต้องการทางเพศลดลงส่งผลให้มีกิจกรรมทางเพศลดลงตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวกับระบบหลอดเลือดร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ จะเกิดปัญหาทางเพศและส่งผลให้มีกิจกรรมทางเพศลดลงมากกว่าคนปกติ เนื่องจากภาวะหลอดเลือดที่ผิดปกติ (Endothelial dysfunction) ทำให้การไหลเวียนเลือดไม่มีประสิทธิภาพ (Archer et al., 2005) ซึ่งสาเหตุของภาวะหัวใจวายในวัยผู้ใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (Figuroa and Peters, 2006) ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพ และร่างกายมีการหลั่งสารที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะและบริเวณช่องคลอดลดลงทำให้เกิดปัญหาทางเพศได้ (Bernardo, 2001; Cheitlin, 2003; Steinke, 2010) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยจะทำให้มีความต้องการและความพึงพอใจทางเพศลดลง ส่งผลให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง (Schwarz et al., 2008)

นอกจากภาวะหัวใจวายจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาปัญหาทางเพศแล้ว หากผู้ป่วยและคู่ครองขาดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ภายหลังเกิดภาวะหัวใจวายจะยิ่งทำให้ไม่กล้ามีกิจกรรมทางเพศหรือหยุดการมีกิจกรรมทางเพศไปเลย นอกจากนี้หากผู้ป่วยและคู่ครองขาดการพูดคุยหรือสื่อสารกันเกี่ยวกับปัญหาทางเพศภายหลังเป็นโรคทำให้ผู้ป่วยและคู่ครองไม่เข้าใจกันในเรื่องเพศจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาปัญหาทางเพศได้ (Schwarz et al., 2008) ซึ่งถ้าไม่สามารถปรับตัวในการมีกิจกรรมทางเพศได้อย่างเหมาะสมภายใต้สภาวะโรค อาจส่งผลกระทบต่อปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศในชีวิตสมรสเกิดปัญหาการหย่าร้าง นำไปสู่ปัญหาครอบครัว (Fugl-Meyer and Fugl-Meyer, 2002) ทำให้ครอบครัวแตกแยกและส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคมตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ อัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) ของ Steinke et al. (2008) ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual satisfaction) 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual self-efficacy) 3) ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual anxiety) และ 4) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual depression) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้า (Depression) ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ (Sexual knowledge) และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง (Sexual communication) มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (Jaarsma et al., 1996; Schwarz et al., 2008; Lai et al., 2011; Mosack et al., 2011) โดยมีรายละเอียดดังนี้

อัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) เป็นมุมมองและการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ โดยบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ทางเพศที่ดี บุคคลนั้นจะยังคงมีกิจกรรมทางเพศได้ตามความต้องการของตน (Steinke et al., 2008) ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual satisfaction) เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพศตรงข้าม ความพึงพอใจเริ่มจากความสนใจในรูปแบบ รส กลิ่น เสียง และการสัมผัสจากเพศตรงข้าม ความพึงพอใจทางเพศมีความสำคัญต่อการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพต่างๆ รวมถึงสัมพันธภาพทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศเกิดขึ้นและคงไว้ได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองทางเพศ (Master et al., 1995) แต่จากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจวายทำให้เกิดปัญหาสมรรถภาพทางเพศลดลง (Schwarz et al., 2008) และการที่ผู้ป่วยกลัวว่าอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีกิจกรรมทางเพศลดลง หรือหยุดการมีกิจกรรมทางเพศ (Westlake et al., 1999; Jaarsma, 2002; Schwarz et al., 2008) Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทั้งเพศชายและหญิงที่มีกิจกรรมทางเพศลดลง เป็นผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ต่ำ สอดคล้องกับ Jaarsma (2002) และ Schwarz et al. (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศชายและหญิงมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual self-efficacy) ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงย่อมมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมต่างๆ ได้สำเร็จ และจะคงพฤติกรรมนั้นไว้ถ้าพฤติกรรมนั้นเป็นประโยชน์หรือมีผลดีกับตนเอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะมีอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ อาการจะเป็นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยไม่กล้ามีกิจกรรมทางเพศ ขาดความมั่นใจในสมรรถภาพทางเพศของตน และกลัวว่าอาการรุนแรงขึ้นส่งผลให้ขาดความสนใจทางเพศ และความถี่ในการมีกิจกรรมทางเพศลดลงหรือหยุดการมีกิจกรรมทางเพศ (Jaarsma, 2002; Schwarz et al., 2008) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากมีความมั่นใจในตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศได้ (สมพร งามวิสัย, 2553)

3. ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual anxiety) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีกิจกรรมทางเพศลดลงเนื่องจากกลัวเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ (Steinke et al., 2009) ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความวิตกกังวลในการมีกิจกรรมทางเพศเพราะกลัวอาการต่างๆ จะรุนแรงขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านการมีกิจกรรมทางเพศ การไม่กล้าสอบถามข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล (Schwarz et al., 2008) และพบว่าผู้ป่วยไม่กล้าพูดคุยกับคู่ครองเกี่ยวกับปัญหาเรื่องเพศภายหลังจากเป็นโรค ยิ่งทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากขึ้น จึงมีความสนใจทางเพศและมีกิจกรรมทางเพศลดลง (Westlake et al., 1999; Jaarsma, 2002; Schwarz, et al., 2008) การศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) พบว่าความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สอดคล้องกับ Steinke et al. (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีกิจกรรมทางเพศลดลงเป็นผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สูง

4. ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual depression) ภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด ขาดสมาธิ หรือแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงขาดความสนใจทางเพศ (Beck, 1967) การมีปัญหาทางอารมณ์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการทำงานของต่อมไร้ท่อทำให้ระบบประสาทส่วนกลางและสาร Neurotransmitters ในสมอง รวมทั้งระดับฮอร์โมนทางเพศลดต่ำลง (เอนก อารีพรค และสุวัทนา อารีพรค, 2539) ทำให้ความต้องการและการตอบสนองทางเพศลดลง (วันชัย นัยรักษ์เสรี, 2546) ภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการมีกิจกรรมทางเพศลดลง ขณะเดียวกันความสามารถในการมีกิจกรรมทางเพศที่ลดลงก็ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Schwarz et al., 2008)

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายพบว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศได้เช่นเดียวกัน ได้แก่

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่ทำให้บุคคลมีความคิดและการรับรู้ในทางลบ เช่น การตำหนิตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (Beck, 1967) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและยังเป็นตัวทำนายถึงความรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Rumsfeld et al., 2003; De Jong, Moser, and Chang, 2005; Thomas et al., 2008) ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 40-70 มีภาวะซึมเศร้า (Moser, Doerin, and Chang, 2005; Powell et al., 2005) เนื่องจากอาการของโรค เช่น อาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจลำบาก และเมื่อมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจึงยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมและการทำกิจกรรมต่างๆ (Konstam, Moser, and De Jong, 2005) รวมไปถึงการมีกิจกรรมทางเพศลดลง (Mosack et al., 2011)

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ (Sexual knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจมากที่สุด ผู้ป่วยจึงหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมทางเพศหรืออาจหยุดการมีกิจกรรมทางเพศไปเลย เนื่องจากกลัวอันตรายหรือเสียชีวิต (Bilodeau and Hackett, 1971 อ้างถึงใน ศิริอร สินธุ, 2526; ธนิตา เขียวธำรงสุข, 2543; Bernado, 2001) สาเหตุมาจากการขาดความรู้ที่แท้จริง หรือการได้รับข้อมูล ข่าวสารที่ตีพิมพ์ซึ่งให้แนวคิดที่โรครุนแรงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงหากมีกิจกรรมทางเพศ (ปริศนา วรรณันท์, 2540) นอกจากคำแนะนำทางด้านร่างกายแล้วผู้ป่วยโรคหัวใจและคู่ครองอยากได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการมีกิจกรรมทางเพศภายหลังเป็นโรคด้วย (Belardimelli et al., 2005) จากการศึกษาของ Lai et al. (2011) พบว่าความรู้ด้าน

เพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง (Sexual communication) ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลหรือปกป้องจากคู่ครองมากเกินไป (Overprotective) คู่ครองบางรายดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ไม่ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงรวมทั้งงดการมีกิจกรรมทางเพศหรือการแสดงออกถึงความรักที่อาจนำไปสู่การมีกิจกรรมทางเพศ (Steinke et al., 2005; Medina et al., 2009) และพบว่าตั้งแต่เป็นโรคหัวใจผู้ป่วยและคู่ครองไม่ได้สื่อสารกันในเรื่องกิจกรรมทางเพศ ทำให้มีการแสดงออกถึงความใกล้ชิดสนิทสนมระหว่างผู้ป่วยและคู่ครองลดลง (Jaarsma, 2002; Delteg et al., 2011) หากผู้ป่วยและคู่ครองได้มีการพูดคุยบอกถึงความรู้สึกทางเพศ หรือคู่ครองอาจบอกถึงความปรารถนาทางเพศต่อผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจในตนเองว่ายังเป็นที่ยอมรับของคู่ครอง ช่วยสร้างความมั่นใจและเตรียมพร้อมในการมีกิจกรรมทางเพศต่อไปได้ (Beach et al., 1982 อ้างถึงใน วินิตย์ หลงละเลิง, 2546) มีการศึกษาพบว่าภายหลังเกิดภาวะหัวใจวายผู้ป่วยและคู่ครองไม่พูดคุยกันในเรื่องปัญหาทางเพศ ร้อยละ 87 (Jaarsma et al., 1996) ซึ่งการขาดสื่อสารทางเพศระหว่างผู้ป่วยและคู่ครองทำให้ไม่ได้เปิดเผยความรู้สึกทางเพศต่อกันและไม่ได้ช่วยกันแก้ปัญหาทางเพศ อาจเกิดปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศในชีวิตสมรสทำให้เกิดปัญหาครอบครัวหรือการหย่าร้างตามมาได้

การศึกษากิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจในบริบทของประเทศไทยพบการศึกษาของวินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) และชญญา อุทิศศิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และได้มีการนำตัวแปรอื่นที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาศึกษาเพิ่มเติม ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีอาการของโรครุนแรงได้อย่างเฉียบพลันจนถึงแก่ชีวิตได้ ในขณะที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเป็นภาวะเรื้อรังมีการดำเนินของโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป ความทนในการทำกิจกรรมจะลดลงเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้ามีกิจกรรมทางเพศเนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง และกลัวอาการของโรคกำเริบ ผู้ป่วยจึงมีกิจกรรมทางเพศลดลงหรือหยุดการมีกิจกรรมทางเพศทั้งๆ ที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกิจกรรมทางเพศในรูปแบบที่มีการร่วมเพศเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานเช่นเดียวกับการทำกิจกรรมอื่นๆ และกิจกรรมทางเพศส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของร่างกาย นอกจากนี้งานวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศโดยใช้แนวคิดอ้อมโนทัศน์ทางเพศตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) นั้น ในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษากิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในรูปแบบที่มีการร่วมเพศโดยใช้แนวคิด

อัตรานวัตกรรมทางเพศ ร่วมกับปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจที่หลากหลายขึ้น เป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยและคู่อุปการสำหรับพยาบาล เพื่อให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและคู่อุปการมีกิจกรรมทางเพศได้อย่างถูกต้องและมั่นใจภายใต้สภาวะโรค และนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมีกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายให้ปลอดภัยและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย อีกทั้งเป็นการช่วยลดปัญหาการหย่าร้าง และทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและคู่อุปการมีคุณภาพชีวิตทางเพศที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษากิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายระหว่างปัจจัยทำนาย ได้แก่ อัตรานวัตกรรมทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

คำถามการวิจัย

1. กิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเป็นอย่างไร
2. อัตรานวัตกรรมทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางเพศ (Sexual activity) ของ Maslow (cited in Ebersole and Hess, 1997) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์เป็นการทำหน้าที่ขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การสืบพันธุ์ เพื่อการดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ ซึ่งไม่เพียงเพื่อการสืบพันธุ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงสัมพันธ์ภาพในการสื่อสาร ความเชื่อใจ ความรัก การแบ่งปัน และการให้ความสุข โดยอาจมีการร่วมเพศหรือไม่ก็ได้ เช่นเดียวกับแนวคิดของ Master and Johnson (1966) ที่ว่ากิจกรรมทางเพศไม่ได้หมายถึงการร่วมเพศเท่านั้น แต่ยังหมายถึงกิจกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศด้วย เช่น การกอดจูบ การหอมแก้ม การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เป็นต้น ส่วนกิจกรรมที่มีการร่วมเพศนั้นร่างกายจะมีการตอบสนองทางเพศ (Sexual response) เป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะตื่นตัว (Excitement phase)

2) ระยะกำหนดสูง (Plateau phase) 3) ระยะจุดสุดยอด (Orgasmic phase) และ 4) ระยะกลับคืน (Resolution phase) นอกจากนี้ Denny et al. (1984) ยังได้แบ่งการร่วมเพศออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การเส้าโลมก่อนการร่วมเพศ 2) การร่วมเพศ และ 3) หลังร่วมเพศ ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้สนใจศึกษา กิจกรรมทางเพศที่มีลักษณะของการร่วมเพศ

นอกจากนี้ยังพบว่าอึดมโนทัศน์ทางเพศมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วย ภาวะหัวใจวาย ซึ่งเป็นแนวคิดของ Steinke et al. (2008) โดยมี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual satisfaction) เป็นความรู้สึก มุมมอง ทางด้านบวกของบุคคลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศ หากบุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจทางเพศจะทำให้มีกิจกรรมทางเพศในด้านบวกด้วย ซึ่งบุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้บุคคลมีกิจกรรมทางเพศที่เป็นการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยต่อคู่รัก ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก็จะแสดงกิจกรรมทางเพศลดลง Schwarz et al. (2008) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศชายและหญิงไม่พึงพอใจทางเพศ ร้อยละ 80 และร้อยละ 83 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) และชญญา อุทิศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่าความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .517$ และ $r = .645$ ตามลำดับ, $p < .05$)

2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual self-efficacy) เป็นความมั่นใจของบุคคลในการที่จะมีกิจกรรมทางเพศ หรือสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้สำเร็จตามที่ตนเองต้องการ ซึ่งหากบุคคลมีความมั่นใจแล้วก็จะกล้ามีกิจกรรมทางเพศ ไม่กลัวการมีกิจกรรมทางเพศ Steinke et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีกิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์สูง ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) และชญญา อุทิศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .605$ และ $r = .652$ ตามลำดับ, $p < .05$)

3) ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual anxiety) เป็นความรู้สึกตึงเครียด วิตกกังวล ไม่สบายใจ หรือเป็นทุกข์ เมื่อคิดถึงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์หรือกิจกรรมทางเพศของตนเอง

หากบุคคลมีความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้บุคคลไม่มีความต้องการที่จะมีกิจกรรมทางเพศหรือมีกิจกรรมทางเพศลดลง Steinke and Wright (2006) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความวิตกกังวลสูงมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ต่ำซึ่งส่งผลให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง นอกจากนี้ในปี 2008 ยังศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีกิจกรรมทางเพศลดลงเป็นผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สูง ซึ่งความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สามารถทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$) เช่นเดียวกับวินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) และชญญา อุทศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.388$ และ $r = -.557$ ตามลำดับ, $p < .05$)

4) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual depression) เป็นความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุข หรือเบื่อหน่ายเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของตน หากบุคคลมีภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้บุคคลไม่มีความสุข เบื่อหน่าย มีความสนใจ ความต้องการ และกิจกรรมทางเพศลดลง ซึ่งหากเกิดภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์เป็นเวลานานอาจจะไม่มีกิจกรรมทางเพศอีกเลย Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีกิจกรรมทางเพศลดลงเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์สูง เช่นเดียวกับการศึกษาของวินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) และชญญา อุทศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.512$ และ $r = -.610$ ตามลำดับ, $p < .05$)

สำหรับในประเทศไทยได้นำอัตรโนทัศน์ทางเพศมาศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละองค์ประกอบกับพฤติกรรมทางเพศ (วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2553; ชญญา อุทศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) และการหาความสามารถร่วมทำนายของแต่ละองค์ประกอบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย (ชญญา อุทศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) พบว่าสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้ ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$)

ดังนั้นอัตรโนทัศน์ทางเพศจึงน่าจะมีสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่บุคคลมองตนเองในแง่ลบ ต่ำหนืดเตียนตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัว (Beck, 1967) เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

หมดหวัง ขาดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่างๆ มองโลกด้านลบ ขาดความสนใจในคู่ครอง และความสนใจทางเพศ De Jong et al. (2005) ศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ Mosack et al. (2011) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีภาวะซึมเศร้ามีกิจกรรมทางเพศลดลง ร้อยละ 53.3 และไม่มีกิจกรรมทางเพศเลย ร้อยละ 31 และ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรทำนายความพึงพอใจทางเพศได้ ร้อยละ 8 Eyada and Atwa (2007) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจเพศหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสนใจ ความต้องการและความพึงพอใจทางเพศลดลงส่งผลให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Drory, Florian, and Weingarten (1998) พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายความถี่ในการมีกิจกรรมทางเพศได้ ร้อยละ 32 ($R^2 = .32, p < .01$) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ (Sexual knowledge) เป็นความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องหลังจากเกิดภาวะหัวใจวายจะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจและมีกิจกรรมทางเพศได้ตามปกติ มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยและคู่ครองไม่ได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศภายหลังเป็นโรค (Steinke et al., 2009; Jaarsma, Steinke, and Gianotten, 2010a) Schwarz et al. (2008) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 3 ปี ไม่ได้รับคำแนะนำหรือพูดคุยเกี่ยวกับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์จากแพทย์หรือพยาบาลเลย ทำให้ขาดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ภายหลังเป็นโรค Lai et al. (2011) ศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .295$ และ $r = .319$ ตามลำดับ, $p < .01$) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 25.6 ($R^2 = .256, p < .01$) และศิริอร สินธุ (2526) พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.623, p < .001$) ดังนั้นความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง (Sexual communication) การสื่อสารกันระหว่างผู้ป่วยกับคู่ครองจะช่วยให้มีความเข้าใจกัน รับรู้ถึงความรู้สึก ความต้องการของกันและกัน ลดความขัดแย้งกัน กล้าแสดงความรักและมีกิจกรรมทางเพศภายหลังจากเป็นโรคได้ Jaarsma et al. (1996) พบว่า ภายหลังเป็นโรคผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและคู่ครองไม่พูดคุยกันในเรื่องปัญหาทางเพศ ร้อยละ 87 และ ÓFarrell, Murray, and Hotz (2000) พบว่า คู่ครองของผู้ป่วยโรคหัวใจในระยะฟื้นฟูที่มีความเครียดมีการแสดงความใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy) กับผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($t = -3.99, p < .0001$) Schwarz et al. (2008) ศึกษาพบว่า ภายหลังเป็นโรคผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เพศหญิงไม่พุดคุยปัญหาทางเพศกับสามี ร้อยละ 13 ส่วนเพศชายไม่พุดคุยปัญหาเรื่องเพศกับภรรยา ร้อยละ 8 Lai et al. (2011) พบว่าการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .302, p < .05$) และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 33.8 ($R^2 = .338, p < .001$) ดังนั้นการสื่อสารกับคู่ครองน่าจะมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

จะเห็นได้ว่าจากแนวคิดเหตุผลที่ได้จากข้อมูลการวิจัยดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ซึ่งโรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย จากแนวคิดและสมมติฐานดังกล่าวสามารถตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. อึดมโนทัศน์ทางเพศ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
2. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
3. อึดมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารเพศทางกับคู่ครองมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้

ขอบเขตการวิจัย

เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อายุ 20-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นภาวะหัวใจวาย มีประสบการณ์การมีกิจกรรมทางเพศ มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรอิสระ คือ อึดมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง

ตัวแปรตาม คือ กิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

กิจกรรมทางเพศ (Sexual activity) หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกทางเพศสัมพันธ์ในรูปแบบที่มีการร่วมเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยมีการตอบสนองทางเพศ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะต้นตัว ระยะกำหนดสูงหรือระยะเสียว ระยะจุดสุดยอด และระยะกลับคืน ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดของ Master and Johnson (1966) จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือก คือ ลดลง คงเดิม และเพิ่มขึ้น

อัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ เจตคติเกี่ยวกับตนเองและค่านิยมของบุคคล อันเป็นบทบาทจากการรับรู้และการประเมินตัดสินตนเองเกี่ยวกับความสามารถ และคุณค่าของตนเองในมุมมองเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ อัตมโนทัศน์ทางเพศ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามของวินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ที่ดัดแปลงและประยุกต์จากแนวคิด Sexual self-concept ของ Steinke et al. (2008) จำนวนทั้งหมด 17 ข้อ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1) **ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual satisfaction)** หมายถึง ความรู้สึกและมุมมองในเชิงบวกของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในการมีเพศสัมพันธ์ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ มีข้อความเชิงบวกทั้งหมด 3 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

2) **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ (Perceived sexual self - efficacy)** หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในการมีเพศสัมพันธ์ได้สำเร็จตามความต้องการของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ มีข้อความเชิงบวกทั้งหมด 4 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

3) **ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual anxiety)** หมายถึง ความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกกลัว กังวล วิตกกังวล ใจไม่สบายใจ หรือเป็นทุกข์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เมื่อคิดถึงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ มีข้อความเชิงลบ 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

4) **ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual depression)** หมายถึง ความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุข และเบื่อชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของตน มองว่าตนเองเป็นคนไร้สมรรถภาพทางเพศ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ มีข้อความเชิงลบทั้งหมด 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง การแสดงออกของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีความ เบี่ยงเบนทางด้านอารมณ์และความคิดในทางลบ เช่น อารมณ์เศร้า หดหู่ ท้อแท้ สนใจตนเอง และ สิ่งต่างๆ ลดลง ประเมินตนเองต่ำ เป็นต้น ประเมิน โดยใช้แบบสอบถามของพัชรพรรณ ศรีคง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ที่ดัดแปลงและประยุกต์ตามแนวคิดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) จำนวน 18 ข้อ

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ (Sexual knowledge) หมายถึง ความรู้ในการปฏิบัติตัวในการมี เพศสัมพันธ์ โดยครอบคลุมในเรื่องการป้องกันอันตรายในการมีเพศสัมพันธ์ การแก้ปัญหาหาก เกิดอาการขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำ เวลาที่เหมาะสม รวมทั้งความเข้าใจและความเชื่อในเรื่อง เพศสัมพันธ์กับภาวะหัวใจวาย ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ซึ่งแปล และประยุกต์ มาจากแบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ Steinke (1999) จำนวน 17 ข้อ เป็นคำตอบแบบถูก-ผิด

การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง (Sexual communication) หมายถึง การพูดคุยระหว่างผู้ป่วย กับคู่ครองเกี่ยวกับความต้องการเรื่องเพศสัมพันธ์ ความกล้าที่จะพูดและแสดงออกเรื่องเพศ การ ยอมรับฟังความคิดเห็น ขอบกพร่องและช่วยกันแก้ปัญหาในเรื่องเพศสัมพันธ์ ซึ่งประยุกต์จาก แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศของจุฬาลักษณ์ อภิรัตน์ (2549) ที่ดัดแปลงมาจากแนวคิด An Assessment of Sexual Communication ของ Byer and Shainberge (1999), Rating Your Sexual Communication ของ Turner and Robinsen (1993) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุ 20-60 ปี ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์โรคหัวใจว่ามีภาวะหัวใจวาย มีประสบการณ์การมีกิจกรรมทางเพศ มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และให้คำแนะนำเรื่องการมีกิจกรรมทางเพศที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
2. นำไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายให้เหมาะสมกับเพศ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และบริบทของสังคมไทย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อคติโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า ตำราเอกสารและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย
2. แนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่
 - 3.1 อคติโนทัศน์ทางเพศ ซึ่งประกอบด้วย
 - 3.1.1 ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์
 - 3.1.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์
 - 3.1.3 ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์
 - 3.1.4 ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์
 - 3.2 ภาวะซึมเศร้า
 - 3.3 ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์
 - 3.4 การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง
4. สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการส่งเสริมกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะหัวใจวาย (Heart failure)

ภาวะหัวใจวาย (Heart failure or cardiac failure or pump failure) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้าง และ/หรือการทำงานที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย และอ่อนเพลียทั้งในขณะที่พักและในขณะที่ออกแรง (Francis and Tang, 2003; Kotzé and Howell, 2008) นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่มีความซับซ้อนไม่คงที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจทุกชนิด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคคลื่นหัวใจ หรือโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน ภาวะหัวใจวายเป็นกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสำคัญ และมีความซับซ้อนในการดูแล (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553)

1.1 พยาธิสรีรวิทยาของภาวะหัวใจวาย

เมื่อหัวใจมีความผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาที (Cardiac output) ลดลง เมื่อปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง และไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของร่างกาย จะมีกลไกการชดเชยของร่างกายเกิดขึ้น ซึ่งกลไกการชดเชยของร่างกายเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนที่ไม่เพียงแต่มีผลต่อหัวใจเท่านั้น ยังมีผลต่อการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย กล้ามเนื้อลายและไตด้วย แม้กลไกชดเชยจะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีได้ในเบื้องต้น แต่การทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายหดตัว มีผลทำให้ภาระด้านหลังของหัวใจ (Afterload) เพิ่มขึ้น และกล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนัก ดังนั้นจึงเกิดการทาลายหน้าที่การบีบตัวของหัวใจในที่สุด กลไกชดเชยที่เกิดขึ้นคือ(ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553; Jackson et al., 2000; Katz, 2000; LeMone and Burke, 2000; Kotzé and Howell, 2008)

1. การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ (Increased heart rate) ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาที เป็นผลผลิตของอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) และปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกในแต่ละครั้ง (Stroke volume) การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจที่เกิดทันทีทันใด จึงมีผลเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีได้ แต่การชดเชยด้วยการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจมีขีดจำกัด และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อหัวใจเนื่องจาก

- เมื่อหัวใจเต้นเร็วมาก เวลาของการคลายตัวของหัวใจเพื่อให้เลือดเข้าสู่หัวใจจะสั้นลง เลือดเข้าสู่หัวใจได้น้อย จึงทำให้มีเลือดออกจากหัวใจได้น้อยเช่นเดียวกัน ดังนั้นปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีจึงลดลงแม้อัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้น

- เลือดจะไหลเข้าหลอดเลือดโคโรนารีในช่วงหัวใจคลายตัว ซึ่งหมายถึง กล้ามเนื้อ

หัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงในช่วงหัวใจคลายตัว เมื่อระยะเวลาคลายตัวลดลง เวลาที่กล้ามเนื้อหัวใจ จะได้รับเลือดน้อยลงด้วย แต่การเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการ ใช้ออกซิเจนมากขึ้น ดังนั้นอาจเกิดอันตรายกับกล้ามเนื้อหัวใจได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีหลอดเลือดโคโรนารีตีบอยู่แล้ว

2. การเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้ง (Improved stroke volume) การกระตุ้น ประสาทซิมพาเทติกที่ทำให้หลอดเลือดดำหดตัว (Vasoconstriction) จะเพิ่มปริมาตรเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจ ไยกกล้ามเนื้อของหัวใจถูกยืดขยายมากขึ้นเกิดหัวใจยืดขยาย (Cardiac dilatation) และภาระ ด้านหน้า (Preload) ของหัวใจเพิ่มขึ้น การบีบตัวจึงแรงขึ้น ทำให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกแต่ละครั้ง และปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีเพิ่มขึ้น แต่กลไกการชดเชยนี้มีความจำกัดเพราะ เมื่อไยกกล้ามเนื้อถูกยืดขยายอย่างมากเกิน การหดตัวจะไม่มีประสิทธิภาพ และการยืดขยายนี้หัวใจ ต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นมาก อาจเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้แม้ในภาวะที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ ปกติ ซึ่งจะส่งผลให้หัวใจบีบตัวได้ลดลงในที่สุด

3. การเพิ่มแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (Increased myocardial contraction) ระบบประสาทซิมพาเทติกจะกระตุ้นไยกกล้ามเนื้อหัวใจให้หดตัวได้มากขึ้น ที่เรียกว่ามี Positive inotropic effect ในหัวใจ ปกติการกระตุ้นนี้จะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีได้มาก แต่ในขณะที่กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแอหัวใจจะไม่สามารถเพิ่มความแรงในการหดตัวได้

4. การหดตัวของหลอดเลือดแดง (Arterial vasoconstriction) การหดตัวของหลอดเลือดแดงเนื่องจากการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก จะช่วยรักษาระดับของความดันโลหิตและการกำซาบเลือด (Perfusion) ภายใต้ภาวะที่มีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจน้อยลง ในขณะที่เดียวกันจะเพิ่มภาระด้านหลัง (Afterload) ของหัวใจด้วย ซึ่งยิ่งทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เวเนทริเคิล ต้องเสียพลังงานเพื่อเอาชนะภาระด้านหลัง (Afterload) จึงทำให้ปริมาตรเลือดที่หัวใจบีบออกลดลง

5. การเก็บน้ำและเกลือ (Sodium and water retention) ผลจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้หลอดเลือดหดตัว และมีเลือดไปเลี้ยงที่ไตมากขึ้น (Increased renal blood flow) ส่งผลให้มีการกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่ง Aldosterone เพื่อให้ไตดูดโซเดียมและน้ำกลับมากขึ้น ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยมีอาการบวมและปัสสาวะออกน้อยลง การมีน้ำและเกลือในร่างกายเพิ่มขึ้นในระยะแรกมีประโยชน์เพราะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีได้ แต่ในระยะต่อมาเมื่อ กลไกร่างกายไม่สามารถปรับชดเชยได้อย่างมีประสิทธิภาพก็จะมีของเหลวคั่งในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้น

6. การหนาตัวอย่างผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardial hypertrophy) กลไกชดเชยสุดท้าย คือการหนาตัวผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยอาจมีหรือไม่มี การยืดขยาย (Dilated) ของ

หัวใจร่วมด้วย การหนาตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นการเพิ่มน้ำหนักของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยการขยายขนาดของใยกล้ามเนื้อ แต่ไม่มีการเพิ่มจำนวนเซลล์กล้ามเนื้อ ดังนั้นจึงมีการสังเคราะห์คอลลาเจนเพิ่มขึ้น เรียกการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างนี้ว่า Myocardial remodeling ผนังหัวใจที่หนาขึ้นจะช่วยให้หัวใจบีบตัวได้แรงขึ้น แต่ในระยะยาวจะทำให้เซลล์กล้ามเนื้ออยู่ห่างจากหลอดเลือดฝอยมากขึ้นเกินความสามารถของหลอดเลือด Collateral ที่จะส่งไปเลี้ยงทำให้พร่องออกซิเจน การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพอาจเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหัวใจเต้นผิดจังหวะได้

1.2 สาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจวาย

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย อาจแบ่งได้เป็นภาวะหัวใจวายที่เกิดจากสาเหตุพื้นฐานและสาเหตุชักนำ (สมชาติ โลจายะ บุญชอบ พงษ์พานิช และ พันธุ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2536; อภิชาติ สุคนธสรณ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนระวีชัย, 2547; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553; Francis and Tang, 2003; House-Fancher and Hatice, 2007)

1. สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause) สาเหตุพื้นฐานของภาวะหัวใจวายมีดังนี้

1.1 ภาวะที่หัวใจต้องรับภาระหนักผิดปกติ (Abnormal loading condition) เกิดจากการที่เวนตริเคิลต้องรับภาระออกแรงมากขึ้น (Pressure load) หรือต้องมีการรับปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น (Volume overload) โดยปกติเมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัว (End diastolic volume) เพิ่มขึ้นจะทำให้เพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินไป เวนตริเคิลจะสามารถรับได้ จะทำให้ลดแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจก่อนที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ ความผิดปกติที่ทำให้เพิ่มปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวได้แก่ ลิ้นหัวใจไม่ถนัดและไตรคัสปีดรั่ว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1.2 ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจ (Abnormal muscle function) เป็นภาวะที่ขัดขวางความสามารถในการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง และมีผลต่อการหดตัวของหัวใจโดยมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับกล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้ไม่สามารถสูบฉีดเลือดออกจากเวนตริเคิลได้หมด ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจจึงลดลง

1.3 ความจำกัดในการคลายตัวรับเลือดของเวนตริเคิล (Limited ventricular filling) เป็นภาวะที่ทำให้เวนตริเคิลไม่สามารถคลายตัวรับเลือดที่กลับมาจากส่วนต่างๆ ได้ ซึ่งจะมีผลต่อการบีบตัวของหัวใจ ได้แก่ หัวใจถูกบีบรัดจากภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Constrictive pericarditis) ภาวะหัวใจถูกบีบกดจากมีของเหลวภายในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (Cardiac tamponade) ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก

2. สาเหตุชักนำ (Precipitating cause) เป็นสาเหตุที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลต่อการทำงานของหัวใจทำให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มมากขึ้น จนเกิดภาวะหัวใจวายตามมา สาเหตุชักนำที่สำคัญ ได้แก่

2.1 การมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (Cardiac arrhythmia) เป็นสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้บ่อย เนื่องจากการที่หัวใจเต้นเร็วมากจะทำให้ระยะหัวใจคลายตัว (Diastole) สั้นลงยิ่งทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง นอกจากนั้นหากหัวใจเต้นช้าเกินไปอาจทำให้หัวใจต้องใช้แรงในการบีบตัวเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

2.2 ภาวะที่มีลิ่มเลือดอุดกั้นหลอดเลือดในปอด (Pulmonary embolism) อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง ทำให้มีการคั่งของการไหลเวียนของเลือด การนอนนานๆ ทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขาหรืออุ้งเชิงกราน ลิ่มเลือดที่อุดตันจะไหลเวียนไปตามกระแสเลือด และอาจจะไปอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ส่งผลให้หลอดเลือดในปอดมีความดันเพิ่มขึ้นอย่างเฉียบพลัน ทำให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายขนาดใหญ่ขึ้น ส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงมากยิ่งขึ้น จึงมีปริมาณเลือดที่จะส่งไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ

2.3 ภาวะโลหิตจาง ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อนแล้ว ถ้ามีภาวะโลหิตจางจะทำให้เกิดภาวะหัวใจวายตามมาได้ เนื่องจากภาวะโลหิตจางจะทำให้การขนส่งออกซิเจนสู่เซลล์และเนื้อเยื่อต่างๆ ลดลง การที่ร่างกายจะเพิ่มออกซิเจนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายนั้นหัวใจจะต้องทำงานหนักมากขึ้น แต่เนื่องจากหัวใจมีพยาธิสภาพอยู่แล้วจึงไม่สามารถรับภาระที่หนักเกินกำลังจึงทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ ในผู้ป่วยที่มีภาวะโลหิตจางเรื้อรังหัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ในระยะแรกหัวใจจะชดเชยได้แต่ถ้าภาวะโลหิตจางยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องโดยที่ไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดภาวะหัวใจวายตามมา ถึงแม้ว่าจะไม่ได้เป็นโรคหัวใจมาก่อนก็ตาม

2.4 การติดเชื้อ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจอยู่แล้วเมื่อมีอาการติดเชื้อในร่างกายทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ เนื่องจากการติดเชื้อทำให้มีไข้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น มีการเผาผลาญพลังงานสูงขึ้น ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำลง จึงทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น

2.5 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ พบว่าภาวะที่ต่อมไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติทำให้ระดับไทรอยด์ฮอร์โมนสูงขึ้น ส่งผลให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจแรงและเร็วขึ้น ระดับไทรอยด์ฮอร์โมนที่สูงมีผลให้หลอดเลือดขยาย จึงทำให้แรงดันของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง มีปริมาตรเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบการเต้นของหัวใจห้องบนเร็วกว่าปกติ (Atrial tachycardia) มักพบร่วมกับภาวะหัวใจวาย นอกจากนั้นการมีเนื้องอกของต่อมหมวกไตส่วนใน (Pheochromocytoma) ซึ่งมีระดับCatecholamine สูงขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น

2.6 ไข้รูห์มาติกและกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง บางครั้งมีการบีบรัดหัวใจจากการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเข้าสู่หัวใจห้องล่างได้จึงเกิดภาวะหัวใจวาย

2.7 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ความดันเลือดแดงในปอดสูงขึ้นส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้นและเกิดภาวะหัวใจวายได้

2.8 ภาวะความดันโลหิตสูง การที่ความดันในหลอดเลือดแดงสูงขึ้นเร็วเกินไปซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากโรคไตหรือการหยุดยาลดความดันโลหิตสูง ทำให้หัวใจไม่สามารถชดเชยได้ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจวายได้

2.9 แอลกอฮอล์ มีพิษโดยตรงต่อหัวใจทำให้เกิดหัวใจวายแบบเฉียบพลันและมีผลทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ การดื่มสุราเรื้อรังยังทำให้ร่างกายพร่องไทอะมิน (Thiamine deficiency) มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยาย การไหลเวียนเลือดเร็วขึ้นทำให้กล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อหัวใจดูชุ่มน้ำกลับเข้าไปในเนื้อเยื่อ กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลงจึงมีปริมาณเลือดกลับสู่หัวใจมากขึ้น การที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลงทำให้ความดันในหัวใจห้องล่างขวาขณะคลายตัวสูง ปริมาตรเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจจึงลดลงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจวายจากกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัว (Dilated cardiomyopathy) ตามมา

2.10 สาเหตุอื่นๆ เช่น การออกกำลังกายมากเกินไป ความเครียด การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีเกลือมากเกินไป สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นและทำให้หัวใจวายได้

1.3 ชนิดของภาวะหัวใจวาย

การแบ่งชนิดของภาวะหัวใจวายมีหลายแบบ แต่ที่นิยมใช้ในการวินิจฉัยผู้ป่วยมีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553; Katz and Konstam, 2009)

1. ภาวะหัวใจวายที่เกิดจากหัวใจไม่สามารถบีบหรือคลายตัวได้อย่างเต็มที่ (Systolic VS Diastolic heart failure)

ภาวะหัวใจวายที่เกิดจากหัวใจไม่สามารถบีบตัวเอาเลือดออกจากหัวใจแต่ละครั้งได้หมด (Systolic heart failure) ปริมาตรเลือดจากเวนตริเคิลไปยังเอออร์ตาและหลอดเลือดพัลโมนารีจะลดลง มีอาการแสดงที่เนื้อเยื่อต่างๆ ได้รับเลือดไม่เพียงพอ มีการคั่งของเลือดในหลอดเลือดของปอดและหลอดเลือดทั่วร่างกาย สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติในการบีบตัวของหัวใจ ได้แก่

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความดันโลหิตสูง โรคลิ้นหัวใจ การอุดตันของหลอดเลือดที่ปอด โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น

ภาวะหัวใจวายจากการที่หัวใจไม่สามารถคลายตัวได้อย่างเต็มที่ (Diastolic heart failure) เกิดขึ้นเมื่อเวนทริเคิลไม่สามารถคลายตัวรับเลือดที่ไหลกลับจากส่วนต่างของร่างกายได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้เลือดที่ออกจากหัวใจมีน้อย และมีเลือดคั่งอยู่ในระบบหลอดเลือดดำ ทำให้ปริมาตรเลือดและความดันในเวนทริเคิล (Ventricular filling pressure) เพิ่มขึ้น และมีความดันในหลอดเลือดดำสูงทำให้มีการคั่งของเลือดในปอดและหลอดเลือดทั่วร่างกาย สาเหตุได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจที่มีการขยายขนาดอย่างผิดปกติ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

2. ภาวะหัวใจซีกซ้ายวายและหัวใจซีกขวาย (Left - side heart failure VS Right- side heart failure) เวนทริเคิลซ้ายวายมักจะเกิดจากความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคลิ้นหัวใจเอออร์ติกและไมตรัล กล้ามเนื้อของเวนทริเคิลซ้ายอาจมีพยาธิสภาพและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการไหลเวียนที่ปกติ หรือเวนทริเคิลซ้ายปกติแต่ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการไหลเวียนที่เพิ่มขึ้น เมื่อเริ่มเกิดเวนทริเคิลซ้ายวาย ไม่สามารถจะบีบเลือดออกได้เต็มที่ กลไกการชดเชยจากระบบประสาทซิมพาเทติกจะกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็ว เวนทริเคิลซ้ายขยายและกล้ามเนื้อหนาขึ้น ทำให้เวนทริเคิลซ้ายลดความสามารถที่จะรับเลือดจากเอเทรียมซ้าย เอเทรียมซ้ายจึงต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อไล่เลือดลงเวนทริเคิลและปรับชดเชยโดยการขยายตัวและกล้ามเนื้อหนาขึ้น และเมื่อปรับชดเชยไม่ได้ ผลที่ตามมาคือทำให้มีเลือดคั่งที่ปอด เกิดน้ำท่วมปอดและหายใจไม่อิ่ม เนื่องจากการเพิ่มแรงดันในระบบไหลเวียนของปอด จึงทำให้เวนทริเคิลขวายาย และกล้ามเนื้อหนาขึ้นเพื่อเพิ่มการบีบตัวเอาชนะแรงต้านในการส่งเลือดไปฟอกที่ปอดและไม่สามารถจะทำงานได้ เวนทริเคิลขวาจะวายทำให้มีเลือดคั่งในระบบไหลเวียนระบบทางเดินอาหาร เยื่อบุช่องท้อง ไต จึงมีอาการบวมขึ้น สาเหตุของเวนทริเคิลขวายมาจากกล้ามเนื้อของเวนทริเคิลขวาย Corpulmonale, Constructive pericarditis และความผิดปกติของ Tricuspid valve

3. กลุ่มอาการที่มีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีเพิ่มขึ้นและลดลง (High-output VS Low-output syndrome) ภาวะหัวใจวายมักจะพบกลุ่มอาการที่มีปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงเป็นส่วนใหญ่ เมื่อหัวใจไม่สามารถบีบตัวได้ การไหลเวียนของเลือดส่วนปลายจะบกพร่องและจะหดตัว ในกลุ่มอาการที่ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีเพิ่มขึ้น แม้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีจะเป็นปกติหรือมากกว่าปกติ แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการเมตาบอลิซึมของร่างกายได้เพียงพอ มักเกิดจากร่างกายมีความต้องการเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น ได้แก่ ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ภาวะไข้ การตั้งครรภ์ เป็นต้น

4. ภาวะหัวใจวายเฉียบพลันและภาวะหัวใจวายเรื้อรัง (Acute VS Chronic heart failure) ภาวะหัวใจวายเฉียบพลันเกิดขึ้นในระยะสั้น มักจะมีสาเหตุจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณกว้างหรือขนาดใหญ่ มีการทะลุของ Papillary muscle ส่วนภาวะหัวใจวายเรื้อรังมักจะพบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ แม้อาการที่เกิดขึ้นจะค่อยๆ เกิดขึ้น อาการเหมือนกับว่าจะไม่รุนแรงมาก แต่ร่างกายมีกลไกชดเชยเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทำให้ความสามารถในการหดตัวของหัวใจลดลง มีการทำงานของ Neurohormonal อย่างต่อเนื่อง มีการเพิ่มภาระด้านหน้า (Preload) และด้านหลัง (Afterload) และเกิด Cardiac remodeling ในที่สุด

1.4 อาการและอาการแสดงทางคลินิก

ภาวะหัวใจวายเป็นภาวะที่มีพยาธิสภาพที่ซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกายหลายระบบ อาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เกิดอาการและความรุนแรงของโรคซึ่งจะส่งผลกระทบให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้ (ถาวร สุทธิไชยา กุล, 2539; อภิชาติ สุคนธธรรม์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; เกียรติชัย ภูริปัญญา และคณะ, 2549; ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553; Jackson et al., 2000; Katz, 2000; Nicholas, 2004; Abraham and Krum, 2007; Katz and Konstam, 2009)

1. อาการเหนื่อยหอบ (Dyspnea) เป็นอาการหายใจลำบากที่พบบ่อยและเป็นอาการแสดงเริ่มแรกของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายเกิดจากความดันในหลอดเลือดของปอด (Pulmonary pressure) เพิ่มสูงขึ้นจากหัวใจห้องล่างซ้ายวายทำให้มีการคั่งของเลือดและเกิดปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema) ส่งผลให้ปอดทำงานหนักขึ้นและขยายตัวได้ไม่ดีจึงต้องใช้แรงเพิ่มในการหายใจ ผู้ป่วยจะหายใจค่อนข้างเร็วตื่น มีความยากลำบากในการหายใจแต่ละครั้ง

2. อาการเหนื่อยหอบในตอนกลางคืน (Paroxysmal Nocturnal Dyspnea: PND) เป็นอาการเหนื่อยที่เกิดขึ้นภายหลังจากนอนหลับไปประมาณ 2 หรือ 5 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะตื่นขึ้นมาทันทีทันใด เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกหายใจไม่ออกอย่างรุนแรง ซึ่งอาการดังกล่าวนี้เชื่อว่าเกิดจากการไหลกลับของสารเหลวเข้ามาในหลอดเลือด เนื่องจากตอนกลางวันส่วนล่างของร่างกายมีการคั่งของเลือดภายในหลอดเลือดดำตามแรงโน้มถ่วงของโลกและมีการเพิ่มขึ้นของ Sympathetic tone เมื่อร่างกายอยู่ในแนวราบ ความดันที่มีผลต่อหลอดเลือดของร่างกายส่วนล่างลดลง สารเหลวกลับเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นจึงทำให้ปริมาณของเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจมีมากขึ้น (Increased venous return) ทำให้ Preload เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบในตอนกลางคืนและต้องตื่นขึ้นมาหายใจเพื่อให้ออกสบายขึ้น

3. อาการเหนื่อยในท่านอนราบ (Orthopnea) อาการนี้จะเกิดขึ้นขณะนอนราบ เนื่องจากเวลานอนราบจะทำให้มีการไหลเวียนของเลือดดำกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้น (Increased venous return) และเลือดคั่งอยู่ในปอดมากขึ้น (Pulmonary congestion) นอกจากนี้ในท่านอนราบกระบังลมจะยกสูงขึ้นทำให้ความจุของปอด (Lung capacity) ลดลง และเกิดอาการหายใจเหนื่อยหอบในท่านอนราบ ซึ่งมักจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีอาการค่อนข้างรุนแรง ผู้ป่วยจะรู้สึกดีขึ้นเมื่อได้นอนในท่าศีรษะสูงหรือท่านั่ง เนื่องจากท่าศีรษะสูงนั้นปริมาณของเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจน้อยลง แรงดันของน้ำภายในหลอดเลือดจากส่วนบนของปอดลดลง และมีการเพิ่มขึ้นของความจุปอด

4. อาการหอบเหนื่อยเมื่อออกแรง (Dyspnea On Exertion: DOE) จะเกิดเมื่อมีการออกแรง แต่เมื่อได้พักอาการหอบเหนื่อยจะหายไป เมื่อกำลังสำรองของหัวใจยังน้อย การออกแรงเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยได้

5. การหายใจแบบซินัสโตค (Cheyne-Stroke respiration) มีลักษณะอาการหายใจหอบเร็วแล้วค่อยๆ ซ้ำลงจนหยุดหายใจ แล้วเริ่มหายใจใหม่สลับกันไปเรื่อยๆ

6. อาการไอ เป็นอาการที่สำคัญของภาวะหัวใจซีกซ้ายวาย การไอมักเกี่ยวข้องกับอาการหอบเหนื่อยและมักจะเกิดขึ้นในตอนกลางคืน เนื่องจากมีการคั่งของเลือดภายในหลอดเลือดปอดพบได้ในขณะนอนหลับจึงรบกวนการนอนหลับพักผ่อนอย่างมาก อาการไอที่พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมักมีสาเหตุจากการบวมของเยื่อหุ้มหลอดลมหรือมีการคั่งของสารเหลวในเนื้อเยื่อปอด

7. อาการไอเป็นเลือด เสมหะเป็นฟองสีชมพูซึ่งเกิดขึ้นในภาวะน้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลันเป็นผลมาจากการสะสมของสารน้ำและเลือดในถุงลมปอด นอกจากนั้นโรคคั่งหัวใจไมตรัลตีบ ความดันในเออเทรียมสูงขึ้นและยังสูงต่อไปถึงหลอดเลือดดำที่รับเลือดจากปอดมายังหลอดเลือดดำของหลอดลมที่อยู่ตามเยื่อหุ้มจึงอาจขยายและแตกได้ ทำให้ไอเป็นเลือด

8. อาการบวม (Edema) เป็นผลมาจากเลือดที่คั่งตามส่วนปลายหรือส่วนต่ำของร่างกายที่มีการไหลกลับสู่หัวใจไม่ดีทำให้สารเหลวเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ ในระยะแรกอาจสังเกตเห็นแต่จะทราบได้จากการชั่งน้ำหนัก เมื่อเกิดภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้นจะสังเกตอาการบวมได้ง่าย บางรายอาจจะบวมทั้งตัวรวมทั้งอวัยวะสืบพันธุ์ หน้าอก แขน ขา ใบหน้า และก้นกบ

9. อาการทางระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal disturbance) ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ท้องอืด และท้องผูก เป็นอาการที่เกิดจากการหลั่งน้ำย่อยและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง หากเป็นระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจวายเรื้อรังผู้ป่วยจะผอมแห้งเนื่องจากขาดสารอาหาร (Cardiac cachexia)

10. อาการท้องมาน (Ascites) เกิดจากความดันในหลอดเลือดดำ Hepatic vein, Portal vein และ Peritoneal vein เพิ่มขึ้นทำให้น้ำจากหลอดเลือดซึมเข้าสู่ช่องท้อง มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะ

หัวใจวายชนิดเรื้อรังที่มีโรคตับแข็ง ภาวะบีบรัดเยื่อหุ้มหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจชนิด Restrictive หรือโรคลิ้นหัวใจไตรคัสปิด

11. ตับโตและกดเจ็บ (Hepatomegaly) เป็นผลมาจากการที่เลือดไม่สามารถไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้ ทำให้เกิดการคั่งของเลือดตามอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะที่ตับน้ำจะคั่งอยู่ในช่องระหว่างเซลล์ของตับมากขึ้นทำให้เยื่อหุ้มตับยืดขยายออก ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สบายท้อง ถ้าเป็นมากๆ จะเจ็บแปลบๆ และปวดบริเวณใต้ชายโครงขวาเวลาคบบริเวณตับจะเจ็บ ถ้ามีการคั่งของเลือดที่ตับเป็นเวลานานหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงตับจะถูกกดทำให้เซลล์ขาดออกซิเจนและตาย

12. อาการของสมองขาดออกซิเจน (Cerebral hypoxia) เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง จะทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย ความจำเสื่อม สับสน หงุดหงิด กระวนกระวายหรือวิตกกังวล นอนไม่หลับ เป็นลม หมดสติ ซึ่งเกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอทำให้มีอาการเกิดขึ้นเนื่องจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่งนำมาก่อน

13. อาการอ่อนเพลีย (Weak) และกล้ามเนื้ออ่อนล้า (Fatigue) เกิดจากการที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้เพียงพอ เนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและการถ่ายของเสียจากการเผาผลาญออกจากร่างกายได้ช้า มีการสะสมของสารพิษในกล้ามเนื้อ (Muscle wasting) และจากอาการเหนื่อยหอบทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอร่วมกับการรับประทานอาหารได้ลดลง ภาวะซิด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้น

14. หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง (Jugular vein engorgement) เมื่อหัวใจซีกขวาวายความดันในเวนทริเคิลขวาสูงจากเลือดคั่ง จึงมีแรงต้านการไหลของเลือดจากเอเทรียมขวาสู่เวนทริเคิลและแรงต้านนี้จะต้านการไหลของเลือดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาทำให้มีเลือดคั่งในหลอดเลือด Vena cava และหลอดเลือดดำที่คอจึงทำให้หลอดเลือดดำที่คอโป่ง

15. อาการทางระบบปัสสาวะ (Nocturia, Oliguria) มักพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะปัสสาวะน้อยในเวลากลางวันและปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เนื่องจากในเวลากลางคืนผู้ป่วยได้นอนพักผ่อนและมีเลือดไหลสู่ไตมากขึ้น ทำให้มีการกรองปัสสาวะเพิ่มขึ้นแต่ในระยะที่ภาวะหัวใจวายรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะมีปัสสาวะออกน้อยลง

16. นอนไม่หลับ (Sleep disturbances) อาจเป็นผลมาจากการที่มีน้ำท่วมปอด ทำให้ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ หรือบางรายอาจเป็นผลมาจากการหายใจแบบ Cheyne Stroke จะทำให้ผู้ป่วยหายใจไม่สะดวก อาการไอ ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้รบกวนต่อการนอนหลับของผู้ป่วย

1.5 การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

อาการเหนื่อยหอบเป็นอาการที่สำคัญของภาวะหัวใจวาย เนื่องมาจากปริมาณเลือดที่สูบน้ำ

ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เมื่อมีการออกแรงร่างกายต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยยิ่งมีอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจึงสามารถทำกิจกรรมได้อย่างจำกัดภายใต้พยาธิสภาพของโรค มีการแบ่งความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ดังนี้

1. การแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association Classification) (The Criteria Committee of the New York Heart Association, 1994 cited in Bennett et al., 2002) ได้แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ถ้ามีกิจกรรมต่างๆ ไปตามปกติจะไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก ซึ่งในระดับที่ 1 นี้ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมโดยการใช้พลังงานที่มากกว่า 7 METs ขึ้นไปได้ เช่น การถือของน้ำหนัก 36 กิโลกรัม การซ่อมบ้านที่ต้องใช้แรงมาก ติเทนนิส เป็นต้น (Stolov and Clowers, 1981)

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ถ้ามีกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากจะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอกได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกสุขสบายขึ้นเมื่อได้พักซึ่งในระดับที่ 2 นี้ ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมโดยการใช้พลังงาน 5-6 METs เช่น การทำสวน รดน้ำต้นไม้ ขุดดิน การซ่อมแซมบ้านเล็กๆ น้อยๆ ด้วยตนเอง เป็นต้น (Stolov and Clowers, 1981)

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ชัดเจน ถ้ามีกิจกรรมซึ่งใช้แรงน้อย เช่น การทำความสะอาดบ้านเล็กๆ น้อยๆ การทำกิจวัตรประจำวัน อาจมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอกได้ แต่จะรู้สึกดีขึ้นบ้างเมื่อได้พัก ซึ่งในระดับที่ 3 นี้ ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมโดยการใช้พลังงาน 3-4 METs เช่น การทำความสะอาดบ้าน การอาบน้ำแต่งตัวได้โดยไม่หยุดพัก เป็นต้น (Stolov and Clowers, 1981; Jackson, 2009)

ระดับที่ 4 ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ แม้ในขณะที่พักยังมีอาการหอบเหนื่อยและจะหอบเหนื่อยมากขึ้นแม้จะทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ซึ่งในระดับที่ 4 นี้ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมโดยการใช้พลังงาน 1-2 METs เช่น การนั่งขับจักรยานพาหนะที่มีการควบคุมด้วยเครื่องยนต์การทำงานนั่งโต๊ะ เป็นต้น (Stolov and Clowers, 1981)

2. การแบ่งตามความรุนแรงของโรค (Killip Classification of Heart Failure) แบ่งภาวะหัวใจวายออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Huduk and Gallo, 1994 อ้างถึงใน ทิพมาส ชินวงศ์, 2545)

ระดับที่ 1 ไม่มีอาการของภาวะหัวใจวาย

ระดับที่ 2 มีภาวะหัวใจวายเล็กน้อยถึงปานกลาง ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะมีอาการหัวใจเต้นเร็วขึ้น เริ่มมีการคั่งของเลือดในปอดและมีอาการหอบเหนื่อยเมื่อมีกิจกรรม

ระดับที่ 3 มีภาวะน้ำท่วมปอด ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจะมีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น

ระดับที่ 4 มีภาวะช็อกจากหัวใจ มีความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีหัวใจเต้นเร็วมาก กระสับกระส่าย สับสน ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น เหงื่อออกมาก และมีปัสสาวะออกน้อยลง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และถ้าได้พักระยะหนึ่งจะสามารถทำกิจกรรมต่อไปได้

3. การแบ่งระยะของภาวะหัวใจวายตามระยะของโรค (Stage of heart failure) ของสมาคมโรคหัวใจและวิทยาลัยโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cardiology College/American Heart Association: [ACC/AHA], 2001) เป็นการแบ่งเพื่อกำหนดการรักษาให้ชัดเจนขึ้น ซึ่งระยะของหัวใจวายมีดังนี้ (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล , 2549; Jessup et al., 2009)

ระยะที่ 1 หรือ Stage A ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวาย แต่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพที่ชัดเจน และไม่มีภาวะผิดปกติของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ หรือลิ้นหัวใจ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน สูบบุหรี่ มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว หรือได้รับสารที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ เช่น แอลกอฮอล์ การได้รับสารเคมี

ระยะที่ 2 หรือ Stage B ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพแล้ว มีความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจ เช่น ผู้ป่วย Post myocardial infarction กล้ามเนื้อหัวใจหนา ลิ้นหัวใจพิการไม่รุนแรง หรือการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง แต่ยังไม่เคยมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจวาย

ระยะที่ 3 หรือ Stage C ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของหัวใจ เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจร่วมกับอาการหัวใจวาย แต่สามารถควบคุมอาการได้หลังจากได้รับการรักษาตามมาตรฐาน

ระยะที่ 4 หรือ Stage D ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจขั้นรุนแรง (ระยะสุดท้าย) มีอาการแม้ในขณะที่พักและไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาจต้องได้รับการรักษาพิเศษเพิ่มเติม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย หรือเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งติดๆ กัน เช่น ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical circulation assist device) ผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic balloon pump: IABP) ผู้ป่วยที่ใส่อุปกรณ์ช่วยการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular assist devices: LVADs) หรือผู้ป่วยที่รอทำการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation)

การศึกษาครั้งนี้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA Classification, 1994) ซึ่งเป็นการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามความสามารถในการทำกิจกรรม เนื่องจากมีการมีกิจกรรมทางเพศก็เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมเช่นเดียวกับความสามารถในการทำกิจกรรมอื่นๆ ของผู้ป่วย

1.6 การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะหัวใจวายประเมินได้โดยการตรวจร่างกายและการตรวจพิเศษต่างๆ ดังนี้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; เกียรติชัย ภูริปัญญา และคณะ, 2549; ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549; สมจิต หनुเจริญกุล, 2552; Cleland et al., 1994; Poppas and Rounds, 2001; Swedberg, 2005; Kotzé and Howell, 2008; Jessup et al., 2009)

1.6.1 การซักประวัติ ประวัติโรคประจำตัว การใช้ยา ประวัติบุคคลในครอบครัวมีภาวะหัวใจวายรวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อาการเหนื่อย อาการหายใจลำบากตอนกลางคืน อาการไอ ลักษณะของเสมหะ อาการบวม ใจสั่น แน่นท้อง เป็นต้น

1.6.2 การตรวจร่างกาย การประเมินลักษณะอาการทั่วไป เช่น หายใจลำบาก บวม ท้องมาน ตับโต เป็นต้น การตรวจชีพจร การตรวจ Jugular vein การฟังเสียงหัวใจ ในรายที่อาการรุนแรงตรวจร่างกายจะพบ Sinus tachycardia, Orthopnea, Peripheral cyanosis, ฟังปอดมีเสียง Crepitation, อาจฟังหัวใจได้ยินเสียง S3 gallop

1.6.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรตรวจ Complete blood count, Urine examination เพื่อช่วยแยกอาการที่เกิดจาก Infectious disease หรือหา Precipitating cause ของภาวะหัวใจวาย การตรวจ Arterial blood gas เพื่อประเมินภาวะขาดออกซิเจน การระบายอากาศรวมถึงการมีกรดแลคติกคั่งในร่างกาย การตรวจ Thyroid stimulating hormone ซึ่งภาวะหัวใจวายอาจมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ การตรวจวัดระดับ Brain natriuretic peptide (BNP) และเป็น Biochemical marker ที่มีประโยชน์ใช้ทั้งการวินิจฉัยและการติดตามผลการรักษา เนื่องจากค่า BNP ที่สูงแสดงถึงการมีภาวะหัวใจวาย

1.6.4 การตรวจพิเศษ

1.6.4.1 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไม่ได้บอกถึงสาเหตุของหัวใจวายแต่ช่วยในการประเมินภาวะที่เวนทริเคิลหนาตัวอย่างผิดปกติ (Ventricle hypertrophy) ซึ่งได้ประโยชน์มากในกรณี Myocardial infarction หรือ Arrhythmia

1.6.4.2 การตรวจ Exercise stress testing (EST) เป็นการวัด Exercise capacity ดูการตอบสนองของ Ventricle ต่อการออกกำลังกาย

1.6.4.3 การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) เป็นการตรวจด้าน Cardiac function ในภาวะ Heart failure จากสาเหตุต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคของเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น และเพื่อติดตามผลการรักษาและใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจปรับการรักษาให้แก่ผู้ป่วย

1.6.4.4 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะ เวนทริเคิลซ้ายวายซึ่งลักษณะเงาหัวใจจะใหญ่ และช่วยในการวินิจฉัยภาวะ Pulmonary congestion และ Pleural effusion ซึ่งมักเกิดในผู้ป่วยที่เวนทริเคิลทั้งสองซีกวาย

1.6.4.5 การตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อประเมินการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ การตรวจ MRI, PET Scan, Nuclear scintigraphy และ Dobutamine stress echocardiography เป็นต้น

1.7 แนวทางการรักษา

เป้าหมายในการรักษาภาวะหัวใจวายในปัจจุบันไม่เพียงแต่ช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นเท่านั้น แต่มุ่งเน้นเพื่อชะลอความเสื่อมของพยาธิสภาพและยืดชีวิตผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งวิธีการรักษาภาวะหัวใจตายในปัจจุบัน ได้แก่ (อภิชาติ สุคนธสรรพ์ และรังสฤษฎ์ กาญจนะ วณิชย์, 2547; เกียรติชัย ภูริปัญญา และคณะ, 2549; สมจิต หนูเจริญกุล, 2552; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553; Poppas and Rounds, 2001; Nicholas, 2004; Figueroa and Peters, 2006)

1.7.1 การรักษาคด้วยยา (Medication therapy) การรักษาคด้วยยามีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการตาย เพิ่มความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดภาระการทำงานของหัวใจ ป้องกัน และชะลอการเสื่อมของหัวใจ ลดอาการรุนแรง ป้องกันภาวะหัวใจวายมากขึ้นและทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ESC Committee for Practice Guidelines, 2008) ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจวาย ประกอบด้วยกลุ่มยาขับปัสสาวะ(Diuretic) กลุ่มยายับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Inhibitor) กลุ่มยาปิดกั้นเบต้า (Beta-blocker) กลุ่มยาดิจิทัลิส (Digitalis) กลุ่มไนเตรท (Nitrate) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.; Swedberg et al., 2005; Figueroa and Peters, 2006; Kotzé and Howell, 2008; Jessup et al., 2009)

1.7.1.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะ (Diuretic) เป็นกลุ่มยาที่จำเป็นในการลดอาการของผู้ป่วยหัวใจวายจากภาวะน้ำเกินในร่างกาย โดยอาจมีอาการแสดงที่ตรวจพบได้ เช่น ภาวะน้ำท่วมปอด และอาการขาบวม น้ำ การให้ยาขับปัสสาวะจะช่วยลดอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีฤทธิ์ขับเกลือโซเดียมและออกฤทธิ์ที่ท่อไต รวมทั้งทำให้เส้นเลือดมีการขยายตัว ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ลดการคั่งของน้ำในปอด เป้าหมายของการใช้ยากลุ่มนี้เพื่อเพิ่มปริมาณแรงดันในหัวใจห้องล่างซ้าย คงไว้ซึ่งปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาที และลดปริมาณน้ำที่คั่งในปอดโดยไม่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ แบ่งยากลุ่มนี้ออกเป็นกลุ่มตามตำแหน่งที่ยาออกฤทธิ์ ดังนี้

1. กลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วน Henle's loop จึงเรียกขากลุ่มนี้ว่า Loop diuretics เช่น Furosemide (Lasix), Bumetanide (Bumax) เพื่อลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจ (Preload) ช่วยลดการทำงานของหัวใจ ยาออกฤทธิ์ได้ดีและรวดเร็ว มักใช้กับผู้ป่วยหัวใจวายที่มีอาการบวม หรือน้ำท่วมปอด

2. กลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วนปลาย (Distal tubules) เช่น Dichloride (Thiazide) ใช้ในผู้ป่วยหัวใจวายที่มีอาการไม่รุนแรง

3. กลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่หน่วยไตส่วน Collecting tubules เรียกขากลุ่มนี้ว่า Potassium sparing diuretics เช่น Triamterene, Amiloride, Spironolactone ใช้ในผู้ป่วยหัวใจวายที่มีอาการไม่รุนแรงเพื่อต้านฤทธิ์ของอัลโดสเตอโรน ยับยั้งการดูดซึมกลับของโซเดียมคลอไรด์ที่ท่อไตส่วนปลาย ช่วยลดการสูญเสียโปแตสเซียมทางปัสสาวะ

1.7.1.2 กลุ่มยาที่ยับยั้งเอ็นไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin converting enzyme inhibitor: ACEI) กลุ่มยา ACEI ทำให้เกิดการปิดกั้นระบบ Renin - Angiotensin - Aldosterone ในระดับ Enzyme ที่จะมีการเปลี่ยน Angiotensin I เป็น Angiotensin II จะส่งผลต่อการยับยั้งการดูดกลับของน้ำและโซเดียมเข้าสู่ร่างกาย ร่วมกับการขยายหลอดเลือดแดงและดำ ทำให้มีการลดทั้ง Preload และ Afterload (House-Fancher and Hatice, 2007)

โดยในขณะที่เกิดภาวะหัวใจวายร่างกายจะมีการกระตุ้น Neuro-hormonal system เพื่อรักษาระบบไหลเวียน Homeostasis และคงไว้ซึ่งความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยระยะแรกจะมีการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic และ Renin-angiotensin system (RAS) ทำให้ระดับ Noradrenalin, Angiotensin II และ Aldosterone สูงขึ้น แต่ในระยะเรื้อรังเมื่อภาวะหัวใจวายเป็นมากขึ้น ผลจากการกระตุ้น Vasoconstrictor เป็นเวลานานจะทำให้ Peripheral vascular resistance สูงขึ้น และมีผลต่อโครงสร้างของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัว เกิดการตายและ/หรือ Apoptosis เกิด Fibrosis รวมทั้งมี Down regulation ของ β -adrenergic receptor และ Endothelial dysfunction ส่งผลให้สมรรถภาพหัวใจกลับแย่ลงไปอีก ผลที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวของร่างกาย ในทางคลินิกมี 2 ประการคือ

1. ระดับ Noradrenalin และ Angiotensin II ที่สูงขึ้นในกระแสเลือดเป็นตัวสะท้อนถึงสมรรถภาพของหัวใจและการพยากรณ์โรค

2. การปิดกั้นการออกฤทธิ์ของ Noradrenalin และ Angiotensin II จะทำให้การเสื่อมสมรรถภาพของหัวใจช้าลง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นรวมทั้งลดอัตราการเสียชีวิตและคุณภาพ

ยาในกลุ่ม ACEI เช่น Enalapril หรือ Captopril เป็นต้น ยาเหล่านี้สามารถป้องกันการเกิดหัวใจวาย ลดอัตราการเสียชีวิต ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและภาวะ Stroke ในผู้ป่วยที่มี

ความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยไม่ว่าจะมีอาการหรือไม่ และภาวะหัวใจวายจะรุนแรงมากน้อยเพียงใดก็ตาม ล้วนได้รับประโยชน์จากการใช้ ACEI ทั้งสิ้น แต่กลุ่มผู้ป่วยหัวใจวายขั้นรุนแรงจะได้รับประโยชน์มากที่สุด นอกจากนี้ ACEI ยังเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย (Functional capacity) ช่วยให้ความทนต่อการทำกิจกรรมดีขึ้น ลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยไม่ทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติจึงยังการเจ็บหน้าอกได้ด้วย (House-Fancher and Hatice, 2007)

ถึงแม้ว่า ACEI จะมีผลดีสำหรับผู้ป่วยหัวใจวายเป็นอย่างมาก แต่ยานี้ก็มีผลข้างเคียง ที่สำคัญต่อระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง สมรรถภาพของไตเสื่อมลงและระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงขึ้น ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้ หรือใช้ด้วยความระมัดระวังอย่างมากใน ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีความดันซิสโตลิกต่ำกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ระดับ Creatinine สูงกว่า 3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับโปแตสเซียมมากกว่า 5.5 มิลลิโมล/ลิตร และ Bilateral renal artery stenosis รวมทั้งห้ามใช้ในภาวะตั้งครรภ์ ภาวะช็อก และผู้ป่วยที่มีประวัติเกิด Angioedema จากการใช้ยา ACEI มาก่อน

1.7.1.3 กลุ่มยาปิดกั้นเบต้า (Beta-blockers) เป็นยาที่ด้านการทำงานของเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta-adrenergic) ทั้งเบต้า-1 และเบต้า-2 ไม่ให้หลังฮอร์โมนอะดรีนาลีนซึ่งจะไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้ลดการกระตุ้นหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง เพิ่มระยะเวลาของการไหลของเลือดจากเอเทรียมลงสู่เวนทริเคิลให้นานขึ้น ปริมาณเลือดออกจากหัวใจจึงเพิ่มขึ้น ทำให้มีการไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยทำให้หัวใจไม่ขยายขนาดและกล้ามเนื้อหัวใจไม่หนาตัวมากขึ้น จึงช่วยให้การทำงานของหัวใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากกลุ่มนี้จะถูกดูดซึมทางอาหารได้ประมาณร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ถูกขับออกทางปัสสาวะภายใน 5 - 8 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่ไตวายจะต้องมีการปรับขนาดยาให้เหมาะสม (Hardman and Limbird, 2001) อาการข้างเคียงของยาที่อาจพบคือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน ท้องผูก หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่พอ หายใจลำบาก หลอดลมเกร็ง นอนไม่หลับ เห็นภาพหลอน ซึมเศร้า เกล็ดเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดต่ำ และตับอ่อนอักเสบ (Bristow, 2000)

ยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้า เช่น Carvedilol, Metoprolol, Bisoprolol หรือ Nebivolol เป็นต้น หลักการบริหารยาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต้องเริ่มในขนาดยาน้อยๆ ก่อน แล้วค่อยๆ ปรับขนาดยาขึ้นช้าๆ จนได้ขนาดที่ต้องการ โดยที่ผู้ป่วยสามารถทนต่อยาได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลดีของการให้ยาในกลุ่มนี้จะเห็นเด่นชัดหลังได้ยาไปแล้วประมาณ 3-6 เดือน อย่างไรก็ตาม ยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้า สามารถที่จะกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ในผู้ป่วยที่ได้ยาขนาดสูงๆ หรือการปรับขนาดยาเร็วเกินไป ผู้ป่วยจะมีอาการหัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตต่ำ นอกจากนั้นแล้วอาจกระตุ้นให้เกิดหลอดลมตีบหอบหืด และการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย

1.7.1.4 กลุ่มยาดิจิทาลิส (Digitalis) ใช้การรักษาภาวะหัวใจวายและหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยจะออกฤทธิ์กระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจ ช่วยให้บีบตัวแรงขึ้นและลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของแคลเซียม โซเดียม และโปแตสเซียมไอออนในเซลล์ โดยจะทำให้การนำแคลเซียมไอออนเข้าเซลล์มากขึ้น เป็นผลให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจแรงขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีเพิ่มมากขึ้น ยากลุ่มดิจิทาลิสที่ใช้บ่อย คือ Digoxin, Lanoxin อาการไม่พึงประสงค์ของยากลุ่มนี้คือ คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเต้นช้า ตามองเห็นผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยที่ได้รับยานี้ควรปฏิบัติดังนี้ (Rathore, Wang, and Krumholz, 2002)

1. ควรจับชีพจรก่อนรับประทานยาทุกครั้ง ถ้าพบมีชีพจรเต้นผิดปกติ หรือช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับประทานยามื้อนั้น
2. ควรรับประทานยาในขนาดที่ได้รับตามแผนการรักษาโดยสม่ำเสมอและไม่ควรปรับเปลี่ยนขนาดยาโดยที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ถึงแม้ว่าลืมรับประทานยาหรือพบว่ามีการของโรคเพิ่มมากขึ้นเพราะอาจเกิดภาวะพิษของดิจิทาลิสได้
3. ควรสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะพิษของดิจิทาลิส คือ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การมองเห็นภาพผิดปกติ เช่น ตามัว มีจุด เห็นแสงเป็นวงกลมรอบวัตถุสีเข้ม เห็นสีขาวเป็นสีเหลือง และมีความรู้สึกไม่สบาย เป็นต้น ผู้ป่วยควรรีบมาพบแพทย์
4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ เช่น อ่อนเพลีย ใจสั่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะพิษของดิจิทาลิสและการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ

1.7.1.5 ยาในกลุ่มไนเตรท (Nitrate) เป็นยาที่มีการออกฤทธิ์ลดการทำงานของเวนทริเคิลซ้าย (ลด Preload) ทำให้หลอดเลือดแดงขยาย ช่วยลดแรงต้านการบีบตัวของหัวใจ (ลด Afterload) ความดันในหลอดเลือด Pulmonary ลดลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานลดลง ลดอาการเจ็บหน้าอก ลดอาการเหนื่อย และช่วยในการไหลเวียนของหลอดเลือดโคโรนารี ยา Nitrate ช่วยลดอาการหัวใจวายได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง การให้ยา Nitrate อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำ มักเกิดในผู้ป่วยที่บริหารยาทุก 4-6 ชั่วโมง หรือให้ร่วมกับยาขยายหลอดเลือดอื่นๆ เช่น ACEI หรือ Hydralazine ดังนั้นควรเปลี่ยนการบริหารยาเป็นทุก 8-12 ชั่วโมงแทน (House - Fancher and Hatice, 2007)

ยาในกลุ่มไนเตรท เช่น Isordil (Nitroglycerine), Ismo, Imdur หรือ Peritate การรับประทานยาผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

1. ควรทราบขนาดและวิธีในการใช้ยาที่ถูกต้อง

2. ควรทราบถึงระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมของตนเองและควรวัดความดันโลหิตเป็นประจำ ถ้าพบว่าผิดปกติควรบอกแพทย์

3. หลังจากรับประทานยาไม่ควรเปลี่ยนท่าเร็วเกินไปเพราะอาจทำให้เป็นลมได้เนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า

4. สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการปวดศีรษะซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงแรกของการได้รับยาและอาการจะทุเลาเมื่อได้รับยาไปอีกระยะหนึ่ง แต่ถ้ายังมีอาการปวดศีรษะอยู่หลังจากรับประทานยาระยะหนึ่งแล้วควรมีปรึกษาแพทย์เพื่อปรับขนาดหรือเปลี่ยนชนิดยา

1.7.1.6 ยาในกลุ่มอื่นๆ ได้แก่

- ยาในกลุ่ม Inotropic agents เช่น Dopamine และ Dobutamine โดยจะออกฤทธิ์เพิ่มการบีบตัวของหัวใจเพื่อช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง การใช้ยากลุ่มนี้ ทางหลอดเลือดดำยังนิยมอย่างแพร่หลายในรายที่มีภาวะหัวใจวายเรื้อรังรุนแรง ที่มีอาการของน้ำท่วมปอดและตัวเย็นจาก Peripheral hypoperfusion อย่างไรก็ตามคงต้องระวังผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ที่อาจเกิดขึ้นถ้าใช้เป็นระยะเวลานาน

- ยาด้านตัวรับแองจิโอเทนซินทู หรือเออาร์บี (Angiotensin II receptor antagonists: ARBs) ออกฤทธิ์ต้านตัวรับแองจิโอเทนซินทูโดยตรง ยากลุ่มนี้เป็นยาที่ใช้แทนกลุ่ม ACEI ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการไ้อจากการได้รับยา ACEI หรือร่างกายรับยากลุ่มนี้ไม่ได้ หรือใช้ร่วมกับกับยา ACEI เพื่อเพิ่มประโยชน์ในการลดการเสียชีวิต และการเข้ารักษาในโรงพยาบาลจากภาวะหัวใจวาย ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ โลซาทาน (Losartan) อาการไม่พึงประสงค์ของยากลุ่มนี้คือ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ

- ยากลุ่ม Anti-thrombotic agents ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มย่อย 2 ชนิด ได้แก่ กลุ่มยา Antiplatelets เช่น Aspirin, Clopidogrel และ กลุ่มยา Anticoagulants เช่น Warfarin โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีการเต้นของหัวใจแบบปกติ หรือ Sinus rhythm โอกาสเกิด Thromboembolic events พบได้น้อยมาก ดังนั้นควรใช้ Aspirin ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดแดงอุดตัน (Atherothrombotic diseases) ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน เพื่อป้องกันอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดแดงอุดตันซ้ำ และควรให้ยากลุ่ม Anticoagulant คือ Warfarin ในระยะยาวโดยปรับระดับ INR อยู่ระหว่าง 2-3 ในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันซ้ำ หรือ Thromboembolic events ในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรังที่พบร่วมกับภาวะดังต่อไปนี้ Atrial fibrillation (AF) ที่เคยเกิดลิ่มเลือดอุดตันแบบ Systemic emboli และ/หรือเคยมี Pulmonary emboli, Venous thrombosis ที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจนมาก่อนและ/หรือมีลิ่มเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย (LV thrombus)

1.7.2 การรักษาด้วยการใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วยในการทำงานของหัวใจ เช่น การใส่ Cardiac resynchronization therapy หรือ Biventricular pacing ช่วยกระตุ้นหัวใจโดยการทำให้การนำไฟฟ้าในหัวใจดีขึ้น กระตุ้นให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้ดีขึ้น เป็นผลให้หัวใจโดยเฉพาะห้องล่างซ้ายทำงานได้ดีขึ้น การใช้ Intra-Aortic Balloon Pump (IABP) และการใส่ Left Ventricular Assist devices (LVADs) ช่วยเพิ่มการไหลเวียนและการกำซาบเลือดไปยังอวัยวะต่างๆ ได้อย่างเพียงพอ ช่วยลดภาระการทำงานของหัวใจ หรือเป็นการใช้ประคับประคองอาการเพื่อรอการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

1.7.3 การรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation) โดยจะทำการผ่าตัดเมื่อหัวใจมีการทำลายจนไม่สามารถกลับคืนมาได้ หรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือการบำบัดอื่น ๆ หรือมีข้อบ่งชี้ว่าระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายอยู่ในระยะสุดท้าย

1.8 ผลกระทบของภาวะหัวใจวายที่มีต่อกิจกรรมทางเพศ

1.8.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

เพศชายที่มีภาวะหัวใจวายมากกว่าร้อยละ 80 มีปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศ (Schwarz et al., 2008) สาเหตุเนื่องจากในภาวะหัวใจวายร่างกายจะมีการหลั่ง Neurohormonal mediators ผิดปกติ ซึ่งเป็นกลไกของร่างกายในการปรับตัวเพื่อชดเชยให้การไหลเวียนเลือดอยู่ในระดับปกติ โดยเฉพาะการหลั่ง Endothelin จะทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเรียบของอวัยวะเพศชายได้ไม่ดี (Jackson et al., 2000; Rastogi et al., 2005; Schwarz et al., 2006) และสาเหตุของภาวะหัวใจวายส่วนใหญ่มาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีภาวะหลอดเลือดทำงานผิดปกติทำให้มีการผลิต คอเลสเตอรอล และการกระจายตัวของ Nitric oxide (NO) ลดลง เนื่องจาก Nitric oxide ช่วยทำให้หลอดเลือดขยายตัว ดังนั้นเมื่อ Nitric oxide ลดลงจึงทำให้การขยายตัวของหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้เกิดการเกาะกันของเกล็ดเลือด เกิดการอักเสบและการหนาตัวของผนังหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายตีบแคบลง รวมถึงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศชายด้วย เมื่อเลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะเพศลดลง ทำให้อวัยวะเพศแข็งตัวช้าหรือไม่แข็งตัว มีปัญหาการหลั่งน้ำอสุจิช้าหรือเร็วผิดปกติ และหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Kontula and Haavio-Mannila, 2009; Mosack and Steinke, 2009) ส่วนผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศหญิงการไหลเวียนเลือดไปยังอุ้งเชิงกราน คลิตอริส และช่องคลอดลดลง ทำให้เพศหญิงไม่ถึงจุดสุดยอดขณะมีเพศสัมพันธ์ มีอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้ความรู้สึกทางเพศลดลง (Bernardo, 2001; Archer et al., 2005) และนอกจากพยาธิสภาพของภาวะหัวใจวายแล้ว ผลข้างเคียงจากรักษาโรคหัวใจบางชนิดเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้มีปัญหาคการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายทำให้หย่อน

สมรรถภาพทางเพศ และทำให้ความต้องการทางเพศลดลง (Stein, 2000; Jackson, 2009) Schwarz et al. (2008) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศชายมีความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 76 มีปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศ ร้อยละ 84 การไม่ถึงจุดสุดยอด ร้อยละ 73 ส่วนในเพศหญิง พบว่าความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 87 มีปัญหาการหล่อลื่นของช่องคลอด ร้อยละ 80 และการไม่ถึงจุดสุดยอด ร้อยละ 62

1.8.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

กลไกที่เกี่ยวข้องระหว่างสภาวะด้านจิตใจกับปัญหาทางเพศยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าอาจเป็นเพราะปัญหาทางอารมณ์ที่ทำให้ระดับฮอร์โมน Testosterone ต่ำลง เมื่อระดับฮอร์โมน Testosterone ต่ำลงจะมีผลต่อ Hypothalamus โดยจะส่งสัญญาณไปที่ต่อมใต้สมองให้ลดการหลั่ง Follicular stimulating hormone (FSH) และ Lutinizing hormone (LH) ที่ทำหน้าที่กระตุ้นการทำงานของรังไข่และลูกอัณฑะ ทำให้ระดับฮอร์โมน Testosterone ในเลือดลดลงเป็นผลให้ศูนย์ควบคุมเรื่องเพศในสมองทำงานช้าลง ทำให้ความต้องการและการตอบสนองทางเพศลดลงด้วย (โสภณ จิรศิริธรรม และคณะ, 2547) Mosack et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 53.3 มีกิจกรรมทางเพศลดลง

1.8.3 ผลกระทบทางด้านครอบครัวและสังคม

ผู้ป่วยโรคหัวใจมีปัญหากิจกรรมทางเพศ เนื่องจากกลัวอาการของโรคหัวใจกำเริบ กลัวเสียชีวิต เกิดความวิตกกังวล ไม่กล้ามีกิจกรรมทางเพศหรืองดกิจกรรมทางเพศ (Traeen and Olsen, 2007) จากการศึกษาของ Westlake et al. (1999) พบว่าคู่ครองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีความสนใจทางเพศลดลง ร้อยละ 43.5 ความถี่ในการมีกิจกรรมทางเพศลดลง ร้อยละ 47.5 และหยุดมีกิจกรรมทางเพศ ร้อยละ 29.5 และ Jaarsma et al. (1996) พบว่า ความสนใจทางเพศลดลงตั้งแต่เริ่มเป็นโรค และผู้ป่วยและคู่ครองไม่ได้พูดคุยกันถึงปัญหาในเรื่องเพศ ร้อยละ 87 และยังพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศชาย ร้อยละ 52 และเพศหญิง ร้อยละ 38 เห็นว่าเรื่องกิจกรรมทางเพศเป็นเรื่องสำคัญ และถ้าชีวิตสมรสมีปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Schwarz et al., 2008) เมื่อมีปัญหากิจกรรมทางเพศแล้ว หากมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมหรือเกิดเป็นปัญหาเรื้อรังระหว่างคู่ครองอาจทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ครองลดลง ก่อให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ทางเพศในชีวิตสมรสขึ้น เกิดปัญหาการหย่าร้าง (Fugl-Meyer and Fugl-Meyer, 2002) ซึ่งนำไปสู่การเกิดปัญหาครอบครัวแตกแยกได้

ภาวะหัวใจวายนอกจากจะส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อ การมีกิจกรรมทางเพศด้วย หากผู้ป่วยเกิดปัญหาการมีกิจกรรมทางเพศหรือไม่ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวในการมีกิจกรรมทางเพศอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะโรค อาจยังทำให้เกิดผล

กระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย รวมถึงเกิดปัญหาในชีวิตสมรส ทำให้เกิดปัญหาครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสังคมตามมาได้

2. กิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

2.1 ความหมายของกิจกรรมทางเพศ

Master and Johnson (1966) กล่าวว่า กิจกรรมทางเพศเป็นการแสดงออกทางด้านเพศสัมพันธ์ของมนุษย์ซึ่งอาจมีหรือไม่มีการร่วมเพศ ซึ่งการร่วมเพศนั้นร่างกายจะมีการตอบสนอง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเล้าโลม ระยะกำหนดสูง ระยะจุดสุดยอด และระยะกลับคืน ส่วนการไม่ร่วมเพศ เช่น การกอดจูบ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เป็นต้น

Webb (1985 cited in Briggs, 1994) กล่าวว่า กิจกรรมทางเพศไม่ได้หมายถึงการร่วมเพศเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการสัมผัส ภาพลักษณ์ และควมมีคุณค่าในตนเอง เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ ความต้องการความรัก ความใกล้ชิด และความห่วงใย

Ebersole and Hess (1997) กล่าวว่า กิจกรรมทางเพศ เป็นการทำหน้าที่ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ด้วยการร่วมเพศเพื่อการสืบเผ่าพันธุ์ และยังเป็น การแสดงออกถึงสัมพันธ์ภาพ ความเชื่อใจ ความรัก การแบ่งปัน และการมอบความสุขให้กับคนรักโดยอาจจะมีหรือไม่มีการร่วมเพศก็ได้

Master, Johnson, and Kolodny (1995) กล่าวว่า กิจกรรมทางเพศมีทั้งการร่วมเพศ และการมีกิจกรรมทางเพศด้วยตนเอง เช่น การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง การจินตนาการทางเพศ

สรุปได้ว่า กิจกรรมทางเพศ หมายถึง การมีเพศสัมพันธ์เพื่อดำรงไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ ซึ่งเป็นธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต และเป็น การแสดงออกถึงสัมพันธ์ภาพ อารมณ์ ความรัก ความเชื่อใจ ความใกล้ชิด ห่วงใย การแบ่งปัน การมอบความสุขแก่คนรักโดยอาจมีหรือไม่มีการร่วมเพศก็ได้ ซึ่งการร่วมเพศนั้นร่างกายจะมีการตอบสนอง 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเล้าโลม ระยะกำหนดสูง ระยะจุดสุดยอด และระยะกลับคืน ส่วนการไม่ร่วมเพศ เช่น การกอดจูบ การจินตนาการทางเพศ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เป็นต้น

2.2 แนวคิดของ Master and Johnson (1966)

เมื่อมนุษย์มีความต้องการทางเพศหรือถูกกระตุ้นทางเพศจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย เพื่อให้มีความพร้อมที่จะมีการร่วมเพศ เรียกว่า การตอบสนองทางเพศ (Sexual response) ซึ่ง Master and Johnson (1966) ได้แบ่งการตอบสนองทางเพศเป็น 4 ระยะคือ

1. ระยะเวลาตื่นตัวทางเพศ (Excitement phase) เป็นระยะที่เริ่มเกิดความรู้สึกทางเพศ ร่างกายจะเริ่มเกิดการตึงเครียด จะมีการคั่งของเลือดดำ และมีการตึงตัวของกล้ามเนื้อ มีการหายใจเร็วขึ้น และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

2. ระยะเวลากำหนดสูงหรือระยะเสี้ยว (Plateau phase) เป็นระยะที่มีการตื่นตัวทางเพศในระดับสูงจากการที่ร่างกายถูกกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง ความต้องการทางเพศจะเพิ่มมากขึ้น ความพึงพอใจต่อการสัมผัส ต่ออวัยวะต่างๆ ของร่างกายรุนแรงขึ้นจนใกล้ถึงจุดสุดยอด (Pre-orgasm) ซึ่งจะใช้พลังงานประมาณ 2-3 METs (DeBusk, 2000) การคั่งของเลือดดำจะเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อจะเกร็งตัวมาก แต่หากการกระตุ้นหยุดลง การตอบสนองก็จะหยุดลงเช่นกัน ซึ่งในช่วงท้ายของระยะนี้ จะเริ่มหายใจหอบเร็วขึ้น ผู้ป่วยหรือคู่ครองของผู้ป่วยบางรายจะหยุดการมีกิจกรรมทางเพศเนื่องจากกลัวอาการกำเริบหรือเสียชีวิต (Briggs, 1994)

3. ระยะเวลาจุดสุดยอด (Orgasmic phase) เป็นระยะที่มีความสุขมากที่สุด ซึ่งจะเด่นเร็วขึ้นถึง 110-180 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจเร็วขึ้นถึง 40-60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตจะเพิ่มสูงขึ้นซึ่งจะใช้พลังงานประมาณ 3-4 METs ในผู้ชายวัยหนุ่มที่ร่างกายแข็งแรงอาจใช้พลังงานประมาณ 5-6 METs (DeBusk, 2000) เป็นระยะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจทางเพศ เป็นผลมาจากการที่ความต้องการทางเพศถูกกระตุ้นเต็มที่ต่อจากระยะกำหนดสูง เป็นระยะที่กินเวลายาวนาน ประมาณ 3-10 วินาที ในระยะนี้กล้ามเนื้อทุกส่วนในร่างกายจะเกร็งโดยไม่สามารถควบคุมได้ การเกร็งของกล้ามเนื้อทำให้เกิดกรดแลคติกสูง มีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งมากทำให้มีการหายใจหอบลึก (Hyperventilation) ส่งผลให้หัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคหัวใจอาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันได้ (Stein and Hohmann, 2006)

4. ระยะเวลากลับคืน (Resolution phase) การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ เลือดจะไหลย้อนกลับออกจากอวัยวะเพศ และการคั่งของเลือดดำจะลดลง ในระยะนี้อัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง การไหลเวียนโลหิตกลับสู่ร่างกายลดลงชั่วคราว (Transient decrease in venous return) ผู้ป่วยโรคหัวใจอาจมีอาการใจสั่น หน้ามืด ความดันโลหิตต่ำ และอาจเสียชีวิตได้ (Briggs, 1994)

การมีกิจกรรมทางเพศโดยการร่วมเพศจะมีผลต่อการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด คือมีการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนเลือดในร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะมีกิจกรรมทางเพศได้ การศึกษาครั้งนี้สนใจประเมินกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในรูปแบบที่มีการร่วมเพศเนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีการใช้พลังงานและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อ

การมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จึงใช้แนวคิดของ Master and Johnson (1966)

2.3 แบบประเมินกิจกรรมทางเพศ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินกิจกรรมทางเพศ มีดังนี้

1) แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของ Pfeiffer and Davis (1972) เป็นแบบสอบถามเชิงสำรวจที่ใช้ประเมินพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุ มีจำนวน 9 ข้อ เกี่ยวกับความสุขในการร่วมเพศในอดีตและปัจจุบัน และความรู้สึกทางเพศในปัจจุบัน ความถี่ในการร่วมเพศในอดีตและปัจจุบัน ความต้องการทางเพศ ซึ่งเป็นคำถามทั้งปลายปิดและปลายเปิด

2) แบบสัมภาษณ์การประเมินการปฏิบัติทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจของ ศิริอร สิ้นธุ (2526) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Sexual Performance Evaluation ของ Marriage Council of Philadelphia จำนวน 18 ข้อ เป็นคำถามชนิดปลายปิดและปลายเปิด แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะก่อนและหลังเป็นโรคหัวใจ ข้อมูลที่ได้จากระยะก่อนเป็นโรคหัวใจนำมาอภิปรายเพิ่มเติม ส่วนข้อมูลระยะหลังเป็นโรคหัวใจเป็นตัวแสดงถึงปัญหาเพศสัมพันธ์ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

3) แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศในผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดของ ผจงจิต อัสวิกุล (2542) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Maslow (cited in Ebersole and Hess, 1998) และแนวคิดของ Kinsey และคณะ (1948) จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมทางเพศ 2 รูปแบบได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ (10 ข้อ) และพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ (6 ข้อ) แบ่งการสอบถามออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นคำถามพฤติกรรมทางเพศก่อนทราบว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และตอนที่ 2 เป็นคำถามพฤติกรรมทางเพศขณะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .76

4) แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของวินิตย์ หลงละเลิง และ นรลัทกษณ์ เอื้อกิจ (2553) ดัดแปลงใช้ของ ผจงจิต อัสวิกุล (2542) และ พิษญาภา พิษยะ (2547) ตามแนวคิดของ Maslow (cited in Ebersole and Hess, 1998) และแนวคิดของ Master and Johnson (1966) และMcCann (1989) จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมทางเพศ 2 รูปแบบ มีลักษณะคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ลดลง คงเดิม เพิ่มขึ้น มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดของ Master and Johnson (1966) ที่มีลักษณะการตอบสนองทางเพศ 4 ระยะ (Sexual response) และลักษณะของคำตอบและเกณฑ์การให้คะแนนดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลัทกษณ์ เอื้อกิจ

(2553) มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามเปรียบเทียบกิจกรรมทางเพศก่อนและหลังมีภาวะหัวใจวาย มีลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือก คือ ลดลง คงเดิม และเพิ่มขึ้น

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า แนวคิดที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศ ได้แก่ อัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) ของ Steinke et al. (2008) ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ 3) ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และ 4) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ (Steinke, 1999) และการสื่อสารกับคู่อุปการมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (Byer and Shainberge, 1999; Turner and Robinsen, 1993) ดังนี้

3.1 อัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept)

3.1.1 ความหมายของอัตมโนทัศน์ทางเพศ

Steinke et al. (2008) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ทางเพศ เป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ทางเพศที่ดีจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ 3) ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และ 4) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์

วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) สรุปไว้ว่า อัตมโนทัศน์ทางเพศ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ เจตคติเกี่ยวกับตนเองและค่านิยมของบุคคล อันเป็นบทบาทจากการรับรู้และการประเมินตนเองเกี่ยวกับคุณลักษณะ ความสามารถ และคุณค่าของตนเอง ในมุมมองเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางเพศของบุคคล ทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ 3) ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และ 4) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์

ดังนั้น อัตมโนทัศน์ทางเพศ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ เจตคติเกี่ยวกับตนเองและค่านิยมของบุคคล อันเป็นบทบาทจากการรับรู้และการประเมินตัดสินตนเองเกี่ยวกับความสามารถ และคุณค่าของตนเองในมุมมองเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ 3) ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และ 4) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์

3.1.2 องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ทางเพศ

Steinke et al. (2008) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ทางเพศเป็นมุมมองของบุคคลเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่าบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ทางเพศที่ดีจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศ ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางเพศ มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

3.1.2.1 ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual satisfaction)

3.1.2.1.1 ความหมายของความพึงพอใจทางเพศ

สุชาติ โสสมประยูร และวรรณิ โสสมประยูร (2541) กล่าวว่า ความพึงพอใจทางเพศ คือ ความพอใจ หลงใหลในเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีที่มาจากความสนใจในรูปรส กลิ่น เสียง และการสัมผัสของเพศตรงข้าม

พันธ์ศักดิ์ สุกระถุกย์ (2546) กล่าวว่า ความพึงพอใจทางเพศจะเกิดตามมาเมื่อถึงจุดสุดยอด ตามกระบวนการตอบสนองด้านเพศสัมพันธ์

Steinke และคณะ (2008) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกด้านบวกเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในมุมมองของบุคคลนั้นๆ

ดังนั้น ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกด้านบวก ความพอใจต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ได้รับการตอบสนองในมุมมองของแต่ละบุคคล

3.1.2.1.2 ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจวายพบว่าหลังเป็นโรคผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 40 (Jaarsma, 2002) และ Schwarz et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายทั้งเพศชายและหญิงไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบว่าคู่ครองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 31.2 หยุดการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 29.5 และมีความสนใจทางเพศลดลง ร้อยละ 43.5 (Westlake et al., 1999) สอดคล้องกับวินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) และ ชาญญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่า ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .517$ และ $r = .645$ ตามลำดับ, $p < .05$) และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$, $p < .05$) (ชาญญา อุทิศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554)

3.1.2.1.3 แบบประเมินความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์จากกรทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) แบบสอบถามความพึงพอใจทางเพศที่มีต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์และทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์ของคู่รัก ของสุรางค์รัตน์ คงศรี (2547) สร้างจากแบบ

ประเมินความพึงพอใจทางเพศ (Sexual satisfaction inventory) ตามแนวคิดของ Hadsan (1990) จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

2) แบบสอบถามความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงอ้วนที่สมรสแล้วของจุฬาลักษณ์ อภัยรัตน์ (2549) ดัดแปลงจากแบบสอบถามความพึงพอใจทางเพศของสุรางค์รัตน์ คงศรี (2547) ตามแนวคิดของ Hudson (1990) มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

3) แบบสอบถามความพึงพอใจทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ของ Steinke และคณะ (2008) นำมาจากแบบสอบถามการรับรู้อัตมโนทัศน์ในมิติต่างๆ (The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire, MSSCQ) ของ Snell (1998) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

4) แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ของวินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke และคณะ (2008) หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับลดข้อคำถาม เหลือ 3 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย เป็นคำถามเชิงบวก มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ของวินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) เพราะเป็นแบบสอบถามที่แปลและประยุกต์มาจากแนวคิดความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ของ Steinke และคณะ (2008) และได้นำมาใช้กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจในบริบทของสังคมไทย

3.1.2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual self-efficacy)

3.1.2.2.1 ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ความสามารถของคนที่จัดการและกระทำกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ได้

Pender, Murdaugh, and Parsons (2002) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ในระดับใด และสามารถที่จะทำอะไรได้บ้าง โดยอาจจะมีทักษะหรือไม่ก็ได้

Steinke และคณะ (2008) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเอง ในการที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ตามต้องการของบุคคล

ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ได้ตามความต้องการของบุคคล

3.1.2.2.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ว่าสามารถทำได้ตามความต้องการของตนเอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งกลัวว่าจะไม่สามารถทำให้คู่ครองมีความสุขหรือความพึงพอใจได้ (Cheitlin, 2003; Steinke and Wright, 2006) จากการศึกษาของ Steinke et al. (2008) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ อรณูช เขียวสะอาด (2544) ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 86.67 มีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งขึ้น เนื่องจากมีความมั่นใจที่จะมีกิจกรรมทางเพศได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสมกับสุขภาพของตน วินิจฉัย หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) และชญญา อุทศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .605$ และ $r = .652$ ตามลำดับ, $p < .05$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้ ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$, $p < .05$) (ชญญา อุทศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554)

3.1.2.2.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของ สิทธิรัตน์ เภาสมสกุล (2543) จำนวน 13 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ของ Steinke และคณะ (2008) นำมาจากแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke และคณะ (2008) หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับลดข้อคำถาม เหลือ 4 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

4) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ สมพร งามวิสัย (2553) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) และจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ของวินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) เพราะเป็นแบบสอบถามที่แปลและประยุกต์มาจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ของ Steinke และคณะ (2008) และนำมาใช้กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจในบริบทของสังคมไทย

3.1.2.3 ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual anxiety)

3.1.2.3.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Graham and Conley (1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกเครียดที่มีสาเหตุมาจากความกลัวหรือความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความนึกคิดหรือการทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นว่าเป็นอันตราย ไม่สามารถระบุถึงสาเหตุที่ชัดเจนได้ เป็นสัญญาณเตือนอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลเตรียมความพร้อมที่จะต่อสู้กับเหตุการณ์ที่คุกคามนั้น

Spielberger (1976) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์หวาดหวั่นและตึงเครียดเกิดขึ้น เพราะมนุษย์ต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความวิตกกังวลเป็นการคาดคะเนของบุคคลและแตกต่างกันไปตามการรับรู้ และการคิดของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์ซึ่งคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของบุคคล สิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า

ศิริอร สินธุ (2526) และ พิชญภา พิชะยะ (2547) สรุปไว้ว่า ความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ เป็นความรู้สึกหวั่นไหว หรือไม่สบายใจ เป็นทุกข์และตึงเครียดต่อเหตุการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น และคาดว่าจะป็นอันตรายแก่ตนเอง

ความวิตกกังวลนี้เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยในเรื่องเพศสัมพันธ์กับโรคที่เป็นอยู่

Steinke และคณะ (2008) กล่าวว่า ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์เป็นความตึงเครียด และความวิตกกังวลเกี่ยวกับมุมมองทางด้านเพศสัมพันธ์ของบุคคลนั้น

ดังนั้น ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกหวาดหวั่น ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ และตึงเครียดต่อเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นหรือคาดว่าจะเกิดขึ้น ซึ่งจะเป็อันตรายเป็นตนเองในการมีเพศสัมพันธ์

3.1.2.3.2 ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายผู้ป่วยภาวะหัวใจวายส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลในการมีกิจกรรมทางเพศเนื่องจากกลัวจะมีอาการกำเริบหรือเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเกี่ยวกับสมรรถภาพในการมีเพศสัมพันธ์ กลัวจะทำให้คูครองไม่พึงพอใจ (Rerkpattanapipat, Stanek, and Kotler, 2001; Stein and Hohmann, 2006) การศึกษาของ Steinke and Wright (2006) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีความพึงพอใจทางเพศต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความพึงพอใจทาง เพศสามารถร่วมทำนายระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ร้อยละ 42.2 ($R^2 = .422, p < .01$) Steinke et al. (2008) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่มีกิจกรรมทางเพศลดลงเป็นผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สูงและพบว่าความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384, p < .01$) สอดคล้องกับวินิตย์ หลงละเลิง และนรลัทภณ เอื้อกิจ (2553) และชญญา อุทศสิริพานิช และ นรลัทภณ เอื้อกิจ (2554) พบว่าความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.388$ และ $r = -.557$ ตามลำดับ, $p < .05$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้ ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578, p < .05$) (ชญญา อุทศสิริพานิช และนรลัทภณ เอื้อกิจ, 2554)

3.1.2.3.3 การประเมินความวิตกกังวลจากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) แบบสอบถามความวิตกกังวลเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจของ ศิริอร สินธุ (2526) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Zung (1971) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

2) แบบสอบถามความวิตกกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของวินิตย์ หลงละเลิง (2546) ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของ ศิริอร สินธุ

(2526) ที่สร้างตามแนวคิดของ Zung (1971) ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

3) แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ของ Steinke และคณะ (2008) นำมาจากแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

4) แบบสอบถามความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke และคณะ (2008) หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิให้ลงข้อคำถาม 5 ข้อ ไว้คงเดิม และได้ปรับภาษาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นคำถามเชิงลบทั้งหมด เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) เพราะเป็นแบบสอบถามที่แปลและประยุกต์มาจากแนวคิดความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ของ Steinke และคณะ (2008) ซึ่งข้อคำถามมีจำนวน 5 ข้อเท่าเดิม และนำมาใช้กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจในบริบทของสังคมไทย

3.1.2.4 ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual depression)

3.1.2.4.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์

Steinke และคณะ (2008) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นความรู้สึกเศร้า ไม่มีความสุข เกี่ยวกับสัมพันธ์ทางเพศ

วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) สรุปไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นความรู้สึกมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุข หมดหวัง มองตนเองไร้คุณค่า มองโลกในแง่ร้าย และเบื่อชีวิตในการมีเพศสัมพันธ์

ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้สึกมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ หดหู่ ไม่มีความสุข หมดหวัง มองตนเองไร้คุณค่า ความสนใจทางเพศลดลง ทำให้ไม่มีความสุขในการมีสัมพันธ์ทางเพศ

3.1.2.4.2 ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ความต้องการทางเพศและเกิดปัญหาทางเพศตามมาหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง (Schwarz et al., 2008) ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศชายส่วนใหญ่จะมีปัญหา

ซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ (Belardinelli et al., 2005) Mosack et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีกิจกรรมทางเพศ ร้อยละ 31 และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายความพึงพอใจทางเพศได้ ร้อยละ 8 ($R^2 = .079$, $p < .01$) เช่นเดียวกับวินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) และชญญา อุทศสิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) พบว่าภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.512$ และ $r = -.610$ ตามลำดับ, $p < .05$) และภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายได้ ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$, $p < .05$) (ชญญา อุทศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554)

3.1.2.4.3 การประเมินภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ จากการทบทวนวรรณกรรม มีดังนี้

1) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ของ Steinke และคณะ (2008) นำมาจากแบบสอบถามอ้อมโนทัศน์ทางเพศในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

2) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามอ้อมโนทัศน์ทางเพศในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke และคณะ (2008) หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิให้คงข้อคำถาม 5 ข้อไว้คงเดิม และได้ปรับภาษาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นคำถามเชิงลบ มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) เพราะเป็นแบบสอบถามที่แปลและประยุกต์มาจากแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ของ Steinke และคณะ (2008) จำนวน 5 ข้อเท่าเดิม และนำมาใช้กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจในบริบทของสังคมไทย

3.2 ภาวะซึมเศร้า (Depression)

3.2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นรูปแบบของความรู้สึก โดยมีความคิดอ้อมโนทัศน์ในทางลบต่อตนเอง ต่ำหนิตนเอง มีความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ พยายามหลีกเลี่ยงจาก

สถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีหลายระดับเริ่มตั้งแต่เกิดความวิตกกังวล และรุนแรงขึ้นจนกระทั่งทำให้คนๆ นั้นมีอาการเฉื่อยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดลอม ตัดตัวเองออกจากสังคม และไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

Beeber (1998) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นลักษณะของความรู้สึกลักษณะหนึ่งจัดเป็นปัญหาสุขภาพ แสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการโศกเศร้า เสียใจ ท้อแท้ และหมดหวัง

ดังนั้น ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกลักษณะหนึ่งของบุคคลโดยมีความคิดด้านลบ ต่ำหิตตนเอง เสียใจ ท้อแท้ หมดหวัง มีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร สูญเสียแรงขับทางเพศ เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดลอม และไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งจัดว่าเป็นปัญหาสุขภาพ

3.2.2 ภาวะซึมเศร้ากับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ซึ่งพบได้ถึง ร้อยละ 40-70 (Moser et al., 2005; Powell et al., 2005) เนื่องจากภาวะหัวใจวายทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ความทนในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (Konstam et al., 2005) การที่ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลงยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ในขณะที่เดียวกันภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Konstam et al., 2005) มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการมีอาการด้านร่างกาย การเข้าสังคม และคุณภาพชีวิต (Rumsfeld et al., 2005) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะขาดความสนใจสิ่งต่างๆ รวมถึงความสนใจทางเพศทำให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง การศึกษาของ Kazemi-Saleh et al. (2008) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าสูงมีความถี่ในการมีกิจกรรมทางเพศลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p < .001$ และ $r = .10, p < .05$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับ Drory et al. (1998) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความถี่ในการมีกิจกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.16, p < .01$) และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายความถี่ในการมีกิจกรรมทางเพศได้ร้อยละ 32 ($R^2 = .32, p < .01$)

3.2.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ของ Radloff (1977) แปลโดย ธวัชชัย วรพงษ์ และคณะ (2533) มลฤดี บูราณ (2548) นำมาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory (BDI) เป็นเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1961 จากพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการด้านจิตใจ 15 ข้อ และอาการด้าน

ร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (0 คะแนน) ต่อเนื่องไปจนถึงอาการรุนแรง (3 คะแนน) มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-63 คะแนน โดยแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับปกติถึงซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งพัชรวรรณ ศรีคง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) ดัดแปลงและนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายวัยผู้ใหญ่ หลังผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับลดข้อคำถามเหลือ 18 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .77

3) Zung Self-Depression Scale มีจำนวน 20 ข้อ เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและด้านจิตใจ แปลผลคะแนนตามอาการที่เกิดขึ้นว่ามากหรือน้อย มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .73 แต่มีข้อจำกัดในการนำไปใช้คือไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุและยังขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

4) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นเครื่องมือวัดมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ สร้างโดยศาสตราจารย์ฮามิลตันจิตแพทย์ ชาวอังกฤษ และได้มีการปรับปรุงมาเรื่อยๆ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า อาการแบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล ความหงุดหงิดกระวนกระวายและการหยิ่งรู้ การให้คะแนนและการจัดกลุ่มระดับคะแนนแบ่งตามความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจนถึงมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง แต่ในการนำเครื่องมือไปใช้ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้า ไม่สามารถวัดการรับรู้ที่เกิดจากภาวะทางอารมณ์ กระบวนการคิด และภาวะจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของพัชรวรรณ ศรีคง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2554) เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงและประยุกต์มาจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่นำมาใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายวัยผู้ใหญ่

3.3 ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ (Sexual knowledge)

3.3.1 ความหมายของความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์

Good และคณะ (1973) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ รายละเอียดต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บสะสมไว้

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) สรุปไว้ว่า ความรู้นั้น เริ่มจากบุคคลมีการจดจำสิ่งที่ตนเองรับมาเกิดความเข้าใจ และนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง รวมทั้งมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่าของข้อมูลที่ได้รับจนเกิดความรู้ที่ถูกต้อง

วินิตย์ หลงละเลิง (2546) สรุปไว้ว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับกายวิภาคของระบบสืบพันธุ์ สรีรวิทยาทางเพศ ความรู้ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับเรื่องเพศ การใช้ยากับพฤติกรรมทางเพศ การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมทางเพศ การปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็น โรคทั้งเรื่องความบ่อยครั้ง เวลาที่เหมาะสม การป้องกันอันตรายจากการร่วมเพศ และการแก้ปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์

จากความหมายข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านการมีเพศสัมพันธ์เมื่อเป็น โรค การป้องกันอันตรายในการมีเพศสัมพันธ์ และการแก้ปัญหาหากเกิดอาการขณะมีเพศสัมพันธ์

ความรู้ (Knowledge) เป็นปัจจัยนำที่สำคัญส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ จะต้องมียปัจจัยอื่นๆ มาประกอบด้วย มีการแบ่งระดับความรู้เป็น 6 ระดับ ดังนี้ (Bloom et al., 1956 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปริดาบวิสุทธิ, 2549)

- 1) รู้จำ (Knowledge) ได้แก่ ความสามารถในการจำได้ และระลึกได้ในเรื่องราวที่เคยเรียนรู้
- 2) เข้าใจ (Comprehension) ได้แก่ความสามารถในการอธิบาย สื่อความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยคำพูดหรือเขียนด้วยภาษาของตนเองได้
- 3) ประยุกต์ (Application) เป็นความสามารถที่ต้องเข้าใจอย่างถ่องแท้ในวิธีการ ทฤษฎี หลักการ แนวคิด หรือนามธรรมของเรื่องนั้นๆ แล้วนำวิธีการทั้งหมดนี้ไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆ ที่แตกต่างจากสถานการณ์เดิมได้
- 4) วิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยก แยกเป็นชิ้น ส่วนย่อยๆ จัดเรียงเป็นลำดับส่วนย่อยๆ นั้นให้เห็นความสำคัญซึ่งกันและกัน
- 5) สังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการผสมผสานส่วนย่อยเข้าด้วยกัน ให้เป็นเรื่องเดียวกัน ในลักษณะการจัดเรียงหรือรวบรวมที่มีแบบแผนหรือ โครงสร้างใหม่ที่ ไม่เคยมีมาก่อน
- 6) ประเมิน (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของสิ่งต่างๆ ทั้ง เนื้อหาและวิธีการ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การตัดสิน ให้คุณค่าต้องอาศัย กฎเกณฑ์และมาตรฐาน ซึ่งอาจจะสร้างขึ้นใหม่หรือมีอยู่แล้วก็ได้ กฎเกณฑ์ที่สร้างอาจกำหนดขึ้นเองจากความรู้และประสบการณ์ หรืออาศัยแนวความคิดผู้อื่นก็ได้ การประเมินเป็นจุดเชื่อมระหว่างความสามารถทางสติปัญญากับเจตคติและความสนใจ

3.3.2 ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่มิได้รับข้อมูล ความรู้หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศภายหลังเป็นโรค (Steinke et al., 2011; Jaarmas et al., 2010b) ผู้ป่วยและคู่ครองจึงไม่กล้ามีกิจกรรมทางเพศหรือหยุดการมีกิจกรรมทางเพศไปเลย (Eyada and Atwa, 2007) การศึกษาของ Papadopoulos et al. (1980) พบว่าการมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกล้ากลับไปมีกิจกรรมทางเพศ ศิริอร สินธุ (2526) พบว่า ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.369, p < .001$) และสามารถร่วมทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 68.5 ($R^2 = .685$) Steinke and Swan (2004) ศึกษาผลของการให้ความรู้เรื่องการมีกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยการใช้สื่อวิดีโอเทป พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับวินิตย์ หลงละเลิง (2546) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.3.3 การประเมินความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ จากการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

1) แบบสอบถามความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจของ ศิริอร สินธุ (2526) สร้างโดยอาศัยการศึกษาจากตำราและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามชนิดปลายปิด คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์มาก ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 และหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเคอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson Formula 20) เท่ากับ .83

2) แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ของ Steinke (1999) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยภายหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 25 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 ข้อ คือ ถูก (เท่ากับ 3 คะแนน) ผิด (เท่ากับ 1 คะแนน) และ ไม่แน่ใจ (เท่ากับ 2 คะแนน) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 25-75 คะแนน คะแนนสูงแปลว่ามีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มาก ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .65 และโดยใช้การทดสอบซ้ำ (Test-retest) เท่ากับ .81

3) แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือดของผจงจิต อัครวิกุล (2542) สร้างขึ้นจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสูงอายุ และโรคหัวใจขาดเลือด ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบทดสอบเป็นคำถามชนิดมีตัวเลือก

4 ตัวเลือก โดยกำหนดคำตอบเป็นถูก-ผิด หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson Formula 20) เท่ากับ .78

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ของ Steinke (1999) เนื่องจากสาเหตุของการเกิดภาวะหัวใจวายในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มาจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการติดต่อกับและขออนุญาตใช้เครื่องมือ แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาตรวจสอบความถูกต้องของภาษา มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ หลังจากผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีจำนวนข้อคำถามเหลือ 17 ข้อ ทั้งนี้โดยนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในบริบทของประเทศไทย มีความเที่ยง เท่ากับ .75 มาตรฐานเป็นคำตอบแบบถูก-ผิด

3.4 การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง (Sexual communication)

3.4.1 ความหมายของการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง

จุฑาทิพย์ อัครวิเชียร (2542) อธิบายว่าการสื่อสารเป็นการกระทำหรือการแสดงสัญลักษณ์ที่มีความหมาย โดยผ่านกระบวนการถ่ายทอดเพื่อแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความรู้สึกนึกคิดทัศนคติและประสบการณ์ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2545) กล่าวว่า การสื่อสารเป็นทักษะที่สำคัญของชีวิตสมรส เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ชีวิตคู่สมรสเกิดความผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ช่วยแก้ไขความขัดแย้งระหว่างกัน และปรับตัวกับความตึงเครียดในชีวิตคู่ได้ ซึ่งการสื่อสารที่ดีมีส่วนช่วยให้ชีวิตสมรสน่าพึงพอใจและมีความสุขได้

พันธุ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์ (2546) กล่าวว่า การสื่อสารทางเพศเป็นการพูดคุยกันระหว่างสามีภรรยาถึงความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศของตน เป็นการลดความเข้าใจผิดระหว่างกัน ส่งผลให้ใช้ชีวิตคู่ได้อย่างมีความสุข

ดังนั้น การสื่อสารทางเพศ หมายถึง การกระทำ การพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ และประสบการณ์กันระหว่างสามีภรรยาเกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมทางเพศเพื่อให้เกิดความเข้าใจกัน ช่วยให้ปรับตัวกับความตึงเครียดในชีวิตคู่ได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจและมีความสุขในชีวิตคู่

การสื่อสารมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาความเข้าใจและความชัดเจนเรื่องเพศของมนุษย์ มนุษย์ใช้การสื่อสารเพื่อการเรียนรู้เรื่องเพศและสำรวจเอกลักษณ์ทางเพศของตนเอง ในการพัฒนาสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิด มนุษย์ใช้การสื่อสารในการแสดงออกถึงความสนใจ การใส่ใจ เพื่อเป็นการสื่อความเข้าใจในการพัฒนาความสัมพันธ์ ในชีวิตคู่จะมีการพูดคุยถึงสัมพันธภาพ การสื่อความรู้สึกถึงกันและกันต่อการแสดงออกด้านเพศ การสื่อสารเป็นสิ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิด

ความสัมพันธ์และความผูกพัน การสื่อสารที่มีคุณภาพส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันรวมถึงสัมพันธภาพทางเพศที่ดีด้วย ซึ่งจะมีความสำคัญต่อการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งความพึงพอใจทางเพศ ซึ่งหากบุคคลหรือคู่ครองมีความพึงพอใจทางเพศแล้วก็จะยังคงไว้ซึ่งการมีกิจกรรมทางเพศ (Turner and Robinsen, 1993 อ้างถึงใน สุรางค์รัตน์ คงศรี, 2547 ; Neller and Fitzpatrick, 1991 cited in Strong et al., 2001)

โดยทั่วไปการสื่อสารแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การสื่อสารโดยใช้คำพูด (Verbal communication) เป็นการสื่อสารโดยใช้คำพูดในการแลกเปลี่ยน หรือบอกถึงความต้องการต่างๆ ของผู้ส่งสารให้ผู้รับสารทราบ
2. การสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด (Nonverbal communication) เป็นการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนเท่าแบบแรก ซึ่งการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด ได้แก่ ความใกล้ชิด (Proximity) การสื่อสารด้วยสายตา (Eye contact) และการสัมผัส (Touching)

พฤติกรรมการสื่อสารเรื่องเพศมีความแตกต่างกันระหว่างคู่สมรสแต่ละคู่ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (Strong et al., 2001)

1. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์กับค่านิยม ความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติของสังคม ซึ่งแต่ละวัฒนธรรมก็จะมี การสื่อสารเรื่องเพศแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการใช้ภาษาและค่านิยมของวัฒนธรรมนั้นๆ บางวัฒนธรรมมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องแง่ลบ น่าอาย ต้องห้าม ไม่ควรพูดถึงหรือเผยแพร่ให้ผู้อื่นรู้ ในบางวัฒนธรรมจะใช้เฉพาะภาษาท่าทางในการสื่อสารทางเพศเท่านั้น
2. ปัจจัยด้านสังคม เช่น บทบาทความเป็นชาย (Masculine) และหญิง (Feminine) ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับเรื่องเพศในประเด็นของเพศสภาพ (Gender) เช่น ผู้ชายอาจพูดถึงเรื่องเพศในที่สาธารณะได้ ในขณะที่เพศหญิงไม่ควรพูดถึงเรื่องเพศโดยเฉพาะในที่สาธารณะจะถูกมองว่าไม่ดีหรือเป็นสิ่งต้องห้าม

3. ปัจจัยด้านจิตวิทยา ลักษณะเฉพาะของบุคคล อาจส่งผลต่อการสื่อสารเรื่องเพศได้ ไม่ว่าจะเป็นความเด็ดเดี่ยว การเข้มงวดหรือยืดหยุ่น ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึก เช่น บุคคลที่มีความเข้มงวดสูง ไม่มีความยืดหยุ่น คุณภาพการสื่อสารทางเพศมักจะลดลง แต่ในคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองก็อาจจะมีการเปิดใจยอมรับสิ่งต่างๆ และกล้าที่จะสื่อสารเรื่องเพศมากขึ้น

3.4.2 การสื่อสารทางเพศกับคู่ครองกับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ผู้ป่วยโรคหัวใจและคู่ครองจะไม่ค่อยพูดคุยกันในเรื่องทางเพศ การแสดงความรักหรือการกระทำที่จะนำไปสู่การมีกิจกรรมทางเพศ เพราะผู้ป่วยเองกลัวอาการของโรคจะรุนแรงขึ้น ส่วนคู่ครองของผู้ป่วยก็กลัวว่าผู้ป่วยจะมีการทรุดลงหากมีกิจกรรมทางเพศ (Mosack et al., 2009) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและคู่ครองที่ขาดการสื่อสาร หรือพูดคุยแบ่งปันความรู้สึกต่อกันจะมีปัญหา

ในชีวิตสมรสตามมา (Jaarmas, 2002; Gunzler et al., 2009) Schwarz et al. (2008) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจเพศชาย ร้อยละ 13 และเพศหญิง ร้อยละ 8 ไม่พูดคุยเรื่องเพศกับคู่ครอง Stewart et al. (2001) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีปัญหาสัมพันธภาพมีสาเหตุมาจากการขาดการสื่อสารกับคู่ครอง ทำให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง (Westlake et al., 1999) Papadopoulos et al. (1980) ศึกษาพบว่าการพูดคุยกับคู่ครองทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับกลับไปมีกิจกรรมทางเพศ Lai et al. (2011) ศึกษาพบว่า การสื่อสารกับคู่ครองสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 33.8 ($R^2 = .338, p < .01$)

3.4.3 การประเมินการสื่อสารกับคู่ครอง จากการทบทวนวรรณกรรมมีดังนี้

1) แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงที่สมรสแล้วในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ของสุรางค์รัตน์ คงศรี (2547) ที่สร้างขึ้นโดยศึกษาจากแบบวัดการสื่อสารทางเพศ ได้แก่ แบบประเมินการสื่อสารทางเพศ (An Assessment of Sexual Communication) ของ Byer and Shainberge (1999) การประเมินรูปแบบการสื่อสารทางเพศของตนเอง (Rating Your Sexual Communication) ของ Turner and Robinsen (1993) ข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

2) แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงอ้วนที่สมรสแล้ว ของจุฬาลักษณ์ อภัยรัตน์ (2549) ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามระดับการสื่อสารทางเพศ ของสุรางค์รัตน์ คงศรี (2547) ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88

3) แบบสอบถามการสื่อสารของคู่ครองของ Wen (1995) ซึ่ง Lai และคณะ (2011) นำมาใช้ประเมินการสื่อสารกับคู่ครองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารของคู่ครองที่แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยในลักษณะต่างๆ ไปมีจำนวน 11 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 0-33 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าคู่ครองมีการสื่อสารที่ดี มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .97

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงและประยุกต์ใช้แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศของจุฬาลักษณ์ อภัยรัตน์ (2549) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับการสื่อสารในเรื่องเพศและเป็นการสื่อสารทางเพศของกลุ่มสมรสในบริบทสังคมไทย

4. สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกับการส่งเสริมกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย พยาบาลส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย การทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน การมาตรวจตามนัดหรืออาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล (Albarran and Bridger, 1997 cited in Vassiliadou et al., 2008) แต่คำแนะนำในเรื่องกิจกรรมทางเพศภายหลังเป็นโรคหัวใจหรือมีภาวะหัวใจวายมักจะถูกละเลยหรือมองข้ามไป (Steinke and Patterson-Midgley, 1996) ผู้ป่วยและคู่ครองรู้สึกเขินอายหรือไม่กล้าซักถามข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมทางเพศอย่างละเอียดหรือเฉพาะเจาะจงกับภาวะโรค พยาบาลร้อยละ 87 ทราบว่าการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเป็นบทบาทของพยาบาล (Jaarsma et al., 2010a) แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากไม่มีเวลา มีภาระในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งพยาบาลเองก็รู้สึกเขินอาย ไม่มั่นใจในความรู้เกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมทางเพศที่จะให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจหรือผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (Steinke and Swan, 2004; Jaarsma et al., 2010a) สำหรับในสังคมไทยการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมทางเพศ ผู้ป่วยมักจะไม่กล้าซักถาม เพราะกลัวถูกมองในแง่ที่ไม่ดี เนื่องจากบริบทของวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมของคนไทยถือว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ควรเปิดเผย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาจำนวนมาก เวลาในการพูดคุยกับแพทย์หรือพยาบาลจึงมีน้อย ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้านการมีกิจกรรมทางเพศ จึงถูกมองข้ามไป ผู้ป่วยและคู่ครองจึงมักไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศ (ชนิดา เขียรธำรงสุข, 2543)

พยาบาลควรให้ความสำคัญ ความเข้าใจ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและคู่ครองในเรื่องการมีกิจกรรมทางเพศ เช่นเดียวกับการให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูด้านร่างกาย พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของร่างกาย พยาธิสภาพของโรคหัวใจ และการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย รวมถึงเรื่องกิจกรรมทางเพศที่เหมาะสมภายใต้สภาวะโรคของผู้ป่วย หากผู้ป่วยและคู่ครองได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศอย่างเหมาะสมกับสภาวะโรค ผู้ป่วยและคู่ครองจะปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและมั่นใจในการมีกิจกรรมทางเพศ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ รวมทั้งการมีกิจกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและครอบครัว ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงจึงต้องมีสมรรถนะในการส่งเสริมกิจกรรมทางเพศแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ดังนี้

4.1 สมรรถนะการเป็นผู้ให้การดูแล (Direct care)

เป็นสมรรถนะหลักสำคัญซึ่งเป็นที่ยอมรับจากทีมสุขภาพถึงความเป็นผู้ให้การดูแลโดยตรง ซึ่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในการประเมินภาวะสุขภาพ

วินิจฉัยการตอบสนองทางด้านร่างกาย และจิตสังคม ภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีความสามารถในการประเมินเพื่อคัดกรอง และสามารถวินิจฉัยโรค หรือภาวะสุขภาพ ที่ผู้ป่วย และครอบครัวกำลังเผชิญ เพื่อให้การบำบัดโดยการไม่ใช้ยาหรือทำหัตถการ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2553) การให้การดูแล (Direct care) ในเรื่องกิจกรรมทางเพศต้องให้การดูแลทั้งตัวผู้ป่วยและคู่ครอง ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีปัญหาการมีกิจกรรมทางเพศ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญ สามารถวินิจฉัยถึงปัญหาของผู้ป่วยและคู่ครองได้ ทั้งนี้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาธิสภาพของการเกิดภาวะหัวใจวาย และปัญหากิจกรรมทางเพศที่เป็นผลกระทบมาจากภาวะหัวใจวาย นำมาพัฒนาสู่การปฏิบัติ การพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและคู่ครองมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรคกำเริบ มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางเพศที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย หรือวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศซึ่งครอบคลุมทั้งในเรื่องความถี่ ความหนัก และระยะเวลาของการออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติภายหลังจากมีกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางเพศ (วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและคู่ครองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

4.2 สมรรถนะด้านการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (Care management)

พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงต้องมีการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัญหา ความรุนแรง หรือผลกระทบจากปัญหาการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและนำมาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติ หรือจัดระบบการดูแลสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีปัญหาการมีกิจกรรมทางเพศ มีการจัดทำให้เกิดระบบการดูแลและฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ และฟื้นฟูด้านการมีกิจกรรมทางเพศเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม โดยต้องจัดระบบที่ครอบคลุม ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่าย มีการส่งต่อเพื่อให้การดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดมาตรฐานและคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความพึงพอใจ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2553) รวมถึงการมีระบบการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางเพศที่เหมาะสม และมีการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และภาวะสุขภาพทางเพศสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ เพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามและควบคุมคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล (วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554)

4.3 สมรรถนะด้านการให้คำปรึกษาทางคลินิก(Consultation) และบทบาทในการประสานงาน (Collaboration)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษาและการประสานงานความร่วมมือ สามารถสร้างข้อตกลงกันระหว่างวิชาชีพ มีการสร้างแนวทางการดูแลหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ซึ่งการสร้างข้อตกลงร่วมกันและการประสานงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นต้องมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและมีผลต่อระบบการดูแล การทำงานมีมาตรฐาน และทุกวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2553) ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีความสามารถในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย การมีกิจกรรมทางเพศ และการฟื้นฟูด้านจิตใจให้แก่ผู้ป่วยและทีมสุขภาพได้ นอกจากนี้ต้องมีการประสานงานเพื่อให้มีการส่งต่อหรือการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายร่วมกัน เนื่องจากปัญหาการมีกิจกรรมทางเพศทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจ กลัวเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ (Steinke and Wright, 2006) ซึ่งนอกจากผู้ป่วยแล้ว คู่ครองของผู้ป่วยก็ต้องได้รับคำปรึกษาด้วยเพื่อวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหาการมีกิจกรรมทางเพศ ช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีให้กับผู้ป่วยและคู่ครอง ช่วยลดปัญหาครอบครัวหรือลดปัญหาการหย่าร้างได้

4.4 สมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องมีความรู้ และพัฒนางานด้านวิชาการร่วมกับการดูแล ผู้ป่วย และต้องรักษาสมดุลระหว่างการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง และความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือการนำผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือมาใช้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2553) ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องศึกษาหาความรู้ นำผลการวิจัยที่ทันสมัยมีความน่าเชื่อถือ มาประยุกต์ใช้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจหรือสร้างนวัตกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ทั้งในด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกาย รวมถึงการฟื้นฟูเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศด้วย แต่ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องรู้จักเลือกใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมทางเพศ ที่มีความเหมาะสมกับลักษณะของค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมทางเพศยังมีอยู่อย่างจำกัด มีงานวิจัยหรือนำหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมทางเพศมาใช้ค่อนข้างน้อย ดังนั้นจึงควรมีการนำผลการวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศมาใช้ในการดูแลกลุ่ม ผู้ป่วยโรคหัวใจให้มากขึ้น หรือทำการวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและคู่ครองได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง

4.5 สมรรถนะด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

การพูดคุย สอบถามหรือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศเป็นเรื่องละเอียดอ่อน น่าอาย ทั้งตัวผู้ป่วยเอง คู่ครองและพยาบาลจึงไม่กล้าพูดถึงการส่งเสริมหรือฟื้นฟูการมีกิจกรรมทางเพศภายหลังเป็นโรคหัวใจหรือหลังเกิดภาวะหัวใจวายจึงถูกมองข้ามไป (Steinke et al., 1996) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทย เรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศไม่ควรพูดถึงหรือนำมาเปิดเผย แต่ถ้าหากเรื่องกิจกรรมทางเพศถูกมองข้ามไปอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตสมรส หรือเกิดปัญหาครอบครัวได้ (Jaarsma et al., 2010b) ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงนอกจากต้องสามารถวิเคราะห์ปัญหา กิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายแล้ว การหาแนวทางช่วยเหลือต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย เป็นสำคัญด้วย ต้องใช้หลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพตามสิทธิผู้ป่วย โดยไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ยกเว้นข้อมูลที่สำคัญเพื่อการรักษาพยาบาลเท่านั้น กิจกรรมทางเพศ เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน การให้ความรู้หรือคำแนะนำนอกจากต้องอยู่บนพื้นฐานวิชาการแล้ว จะต้องคำนึงถึงความถูกต้องเหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยและคู่ครองในแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและส่งเสริมกิจกรรมทางเพศ อย่างมีจริยธรรม เป็นธรรมชาติเท่าเทียม และปลอดภัยมีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล นอกจากนี้ยังมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการส่งเสริมกิจกรรมทางเพศ (วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554)

4.6 สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะต้องมีความสามารถในการสอน การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัว โดยการฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และครอบครัวในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การจัดการกับปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจที่เกิดขึ้น รวมถึงการมีกิจกรรมทางเพศ การใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นหลักในการพัฒนาความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและการมีกิจกรรมทางเพศที่เหมาะสมของผู้ป่วยและคู่ครอง (Gunzler et al., 2007) นอกจากการสอนหรือให้ความรู้แก่ผู้ป่วยแล้ว ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงยังต้องสามารถสอนและเป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลจบใหม่หรือนักศึกษาพยาบาลได้ (วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) พยาบาลส่วนใหญ่ไม่กล้าให้คำแนะนำ และไม่มั่นใจในความรู้เกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Jaarsma et al., 2010b) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงต้องมีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับ

พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลที่ไม่มีประสบการณ์ ทั้งนี้เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางคลินิก และคอยให้กำลังใจและคำปรึกษาแก่พยาบาลที่ขาดประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางเพศที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

4.7 สมรรถนะด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent)

การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ที่ต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น ได้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่า เป็นผู้ริเริ่มการสร้างแนวปฏิบัติหรือนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและมาตรฐานการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2553) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเป็นสิ่งที่ทำหาย เนื่องจากสังคมไทยการพูดถึงเรื่องเพศยังเป็นเรื่องละเอียดอ่อน พยาบาลยังรู้สึกเขินอาย ไม่มั่นใจ ไม่กล้าเป็นฝ่ายเริ่มพูดหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อน จึงอาจมองข้ามการฟื้นฟูร่างกายทางด้านกิจกรรมทางเพศ ดังนั้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ต้องสามารถเป็น ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทำให้พยาบาลหรือสาขาวิชาชีพเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมกิจกรรมทางเพศแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยอาจสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อให้พยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องสามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงให้กับปัญหากิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ มีการจัดวิชาการ หรือการนำเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายหรือกลุ่มโรคหัวใจเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูร่างกายด้านกิจกรรมทางเพศเป็นประเด็นที่น่าสนใจเช่นเดียวกับความรู้เรื่องโรคหรือความรู้อื่นๆ เช่นกัน รวมถึงการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้ได้คุณภาพ คุ้มค่า มีการพัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานพยาบาลและร่วมกับเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ โดยจัดทำแผนงานหรือโครงการต่างๆ เพื่อประกันคุณภาพการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการมีกิจกรรมทางเพศที่เหมาะสม (วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษ์ณธ์ เอื้อกิจ, 2554)

4.8 สมรรถนะด้านการจัดการผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)

การจัดการผลลัพธ์และการประเมินผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นสิ่งที่จะต้องทำ เนื่องจากผลลัพธ์เป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพ และการประกันคุณภาพโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีบทบาทสำคัญในการเลือกตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงและมีความไวในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ต้องเป็นผู้ร่วมในการประเมิน และมีส่วนที่จะช่วยให้ผลลัพธ์ของการบริการมีคุณภาพ และต้องสามารถแสดง ผลลัพธ์ของการดูแล

ผู้ป่วยให้ประจักษ์ได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธุ์ภักดี, 2553) สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ หรือผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น สถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจวายหรือผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการส่งเสริมกิจกรรมทางเพศ อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ เป็นต้น เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลและเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาล จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการส่งเสริมกิจกรรมทางเพศ ทั้งนี้ต้องประเมินและเปรียบเทียบผลลัพธ์ทาง ด้านคุณภาพการพยาบาล ประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับและความคุ้มค่าของทรัพยากร รวมทั้งการเผยแพร่วิธีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ รวมถึงการส่งเสริมกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจ (วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษ์ณ ธีอกิจ, 2554)

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในประเทศ

ศิริอร สิ้นธุ (2526) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจเพศชาย อายุไม่เกิน 60 ปี สถานภาพคู่ แพนกอายุรกรรมและศัลยกรรม ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่รับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 คน พบว่า ความวิตกกังวลและความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .781$ และ $r = .566$ ตามลำดับ) อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .219$) ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาทางเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.623$ และ $r = -.369$ ตามลำดับ) ส่วนระยะเวลาของการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาเพศสัมพันธ์ และความวิตกกังวล ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ และความรุนแรงของโรค สามารถร่วมทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 68.54

ผจงจิต อศวิกุล (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรค และความรู้เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด เพศชาย อายุ 60 ปีขึ้นไป สถานภาพคู่ ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 120 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ด้านพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ และโดยรวม อยู่ในลักษณะคงเดิม ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ความรุนแรงของ

โรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านที่ไม่มีการร่วมเพศของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปราณีตา เสาวคนธ์ วิศาล คันธารัตนกุล และรัชญา จิตประไพ (2543) ศึกษาความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัดบายพาสหลอดเลือด หัวใจและ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซึ่งกำลังอยู่ในระหว่างหรือเคยได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 108 คน จำนวนผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพและ ทำงานบ้านก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับมาประกอบอาชีพและทำงานบ้านได้ เฉลี่ยเท่ากับ 4.6 ± 4.4 และ 3.1 ± 2.2 เดือน ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพการทำงานลดลงเท่ากับ ร้อยละ 46.4 เหมือนเดิมเท่ากับ ร้อยละ 37.5 และเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.4 นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยของความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดเท่ากับ 4 และ 2 ครั้งต่อเดือน ตามลำดับ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีเพศสัมพันธ์เฉลี่ยเท่ากับ 3.8 ± 2.9 เดือน ผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดเหมือนเดิมเท่ากับ ร้อยละ 53.8 ลดลงเท่ากับ ร้อยละ 42.3 ดีขึ้น ร้อยละ 3.8 สรุปคือ อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่สามารถทำงานและมีเพศสัมพันธ์ หลังได้รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจและ/หรือผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจไม่มีความแตกต่างกับก่อนได้รับการผ่าตัด แต่ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการผ่าตัด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ธนิดา เขียรธำรงสุข (2543) ศึกษาประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ผู้ให้ข้อมูลเป็น เพศชาย 11 คน และเพศหญิง 2 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) ลักษณะที่บอกรถึงเพศสัมพันธ์เป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิต 2) ลักษณะที่บอกรถึงเพศสัมพันธ์เป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะสุขภาพขณะเจ็บป่วย และ 3) ลักษณะที่บอกรถึงเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งไม่จำเป็นและทำให้ชีวิตสั้น ส่วนประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมี 2 ลักษณะ คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์คงเดิมทั้งคุณภาพและความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ และ 2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจำแนกได้ 4 กรณี คือ 2.1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง แต่ความต้องการทางเพศปกติ 2.2) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง และความต้องการทางเพศลดลง 2.3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลงไม่มีความต้องการทางเพศแต่ต้องการตอบสนอง

ความต้องการทางเพศของกลุ่มครอง และ 2.4) ยุติการมีเพศสัมพันธ์ แม้จะมีความต้องการทางเพศ สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเนื่องจากเงื่อนไข 3 ประการ คือ 1) อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างหรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ความไม่สุขสบายในระหว่างหรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ และความบกพร่องของอวัยวะเพศในขณะปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ 2) การรับรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ที่เพศสัมพันธ์อาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ และการรับรู้ที่เพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนบุคคล และ 3) การขาดข้อมูลคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับการจัดการกับภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเพศสัมพันธ์ต่างไปจากเดิม พบว่ามี 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ปรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ให้กลับสู่ภาวะปกติ ด้วยการแสวงหาข้อมูลและแก้ไขภาวะความบกพร่องทางเพศ เตรียมพร้อมการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการเจ็บป่วย และปรับสมดุลความไม่สุขสบายในขณะมีเพศสัมพันธ์ โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือเพศสัมพันธ์กลับสู่ปกติ เพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงยังปรากฏอยู่ และหยุดการมีเพศสัมพันธ์ และ 2) ระวังพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ด้วยการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เบี่ยงเบนความสนใจเรื่องเพศ และยับยั้งความต้องการทางเพศโดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ การมีความสุขและดำรงความสัมพันธ์กับภรรยาได้ กับการสูญเสียภาวะสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

อรนุช เขียวสะอาด (2544) ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน มีระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าหลังการศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนสูงสุดในการบริโภคอาหาร รongลงมา คือ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านเพศสัมพันธ์ การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านการจัดการความเครียด ตามลำดับนอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 86.67 มีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งขึ้น เนื่องจากมีความมั่นใจที่จะมีพฤติกรรมทางเพศได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสมกับสุขภาพของตน

วินิตย์ หลงละเลิง (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพศชาย อายุ 35-60 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง

เพศสัมพันธ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังจากได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมมีเจตคติต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ดีขึ้น มีความวิตกกังวลลดลง และมีพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ดีขึ้น

วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2553) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อคติทัศนคติทางเพศ ซึ่งประกอบด้วย ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อายุ 21-59 ปี จำนวน 132 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ และ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าพฤติกรรมทางเพศมีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .517, .605$ และ $.433$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.322, -.388$ และ $-.512$ ตามลำดับ)

สมพร งามวิสัย (2553) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อายุ 35-65 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปว่า ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์สูงขึ้น เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ได้

ชญญา อุทิศศิริพานิช และ นรลัทขณธ์ เอื้อกิจ (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายวัยผู้ใหญ่ จำนวน 143 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .652, .645$ และ $.394$ ตามลำดับ) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้อุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์และความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = -.610, -.557, -.458$ และ $-.368$ ตามลำดับ) และตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ได้ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$)

5.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Papadopoulos et al. (1980) ศึกษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกับการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยเพศหญิง อายุน้อยกว่า 65 ปี จำนวน 130 คน พบว่าร้อยละ 51 ของกลุ่มตัวอย่างกล่าวการกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 44 คู่สมรสกล่าวการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 27 ไม่กลับมามีเพศสัมพันธ์อีก ซึ่งสาเหตุที่กลัวมากที่สุดคือ เจ็บหน้าอก และหัวใจวาย ร้อยละ 57 มีอาการขณะมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจเร็ว และอ่อนเพลีย ร้อยละ 44 ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง และร้อยละ 58 รู้สึกซึมเศร้าหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และยังคงพบว่ามีเพียงร้อยละ 18.4 ที่ได้รับข้อมูลเรื่องการมีเพศสัมพันธ์โดยแพทย์เป็นผู้เริ่มต้นพูดก่อน

Drory et al. (1998) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยชายวัยกลางคนหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก จำนวน 276 คน จากศูนย์การแพทย์ 8 แห่งในประเทศอิสราเอล พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 88 ไม่กล้ากลับไปมีเพศสัมพันธ์หลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ร้อยละ 50 กลับไปมีเพศสัมพันธ์หลังจากเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 มีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง และร้อยละ 10 ลดลง ทั้งความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังพบว่า ความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรค อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพก่อนเจ็บป่วย เบาหวาน ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรค อายุ ระดับการศึกษา เบาหวาน ภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศด้านความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 32 ($R^2 = .32$) ส่วนความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเป็นโรค อายุ และภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศด้านความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ได้ ร้อยละ 23 ($R^2 = .23$) ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศทั้งด้านความถี่และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ อายุ และภาวะซึมเศร้า

Westlake et al. (1999) ศึกษาการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและคู่อรง กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายมาอย่างน้อย 6 เดือนและคู่อรง จำนวน 63 คู่ ผลการศึกษาพบว่า หลังจากการเจ็บป่วยผู้ป่วยมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 61.9 หยุดการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 30.2 ความสนใจทางเพศลดลง ร้อยละ 58.8 ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 58.8 และไม่มีความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ได้อีกเลย ร้อยละ 20.6 ส่วนข้อมูลจากคู่อรง พบว่า ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 47.5 ไม่มีเพศสัมพันธ์อีกเลย ร้อยละ 29.5 ความพึงพอใจทางเพศลดลง ร้อยละ 31.2 และความสนใจทางเพศลดลง ร้อยละ 43.5 ซึ่งทั้งผู้ป่วยและคู่อรงให้ข้อมูลว่ากิจกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงเกิดจากภาวะเจ็บป่วย

Jaarmas (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิกและคุณภาพชีวิตโดยรวมกับปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย จำนวน 173 คน ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของเมืองแมชตริก พบว่าอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีผลกระทบกับกิจกรรมทางเพศ เมื่อติดตามในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 9 เดือน ร้อยละ 48 ของกลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางเพศลดลง ร้อยละ 33 หยุดการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 11 เกือบจะไม่มีเพศสัมพันธ์ ส่วนในด้านความต้องการทางเพศ ร้อยละ 47 ไม่มีความต้องการทางเพศ ร้อยละ 37 ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมาก และร้อยละ 45 มีสมรรถนะในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงเนื่องมาจากภาวะหัวใจวาย สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .05$) ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาทางเพศ ($r = -.38, p < .05$) และคะแนนการตัดสินใจทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.20, p < .05$)

Eyada and Atwa (2007) ศึกษาความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย Unstable Angina และ Non-ST Elevation Myocardial infarction (NSTEMI) เพศหญิง จำนวน 35 คน จากโรงพยาบาล Riyadh National โดยการสัมภาษณ์ถึงกิจกรรมทางเพศหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 12 สัปดาห์ พบว่ามีผู้ป่วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางเพศ ร้อยละ 48.57 แต่ผู้ป่วยเหล่านี้มีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 82.35 ไม่พึงพอใจในการมี

เพศสัมพันธ์ ร้อยละ 35.3 และไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์เป็นอย่างมาก ร้อยละ 41.2 กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศ ร้อยละ 51.43 มีภาวะซึมเศร้าหลังเป็นโรค ร้อยละ 66.7 กล่าวจะเกิดอาการขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 72.2 และความต้องการทางเพศลดลง ร้อยละ 83.3 ผู้ป่วยที่กลับไปมีกิจกรรมทางเพศหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ร้อยละ 70.59 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ร้อยละ 38.89

Kazemi-Saleh et al. (2008) ศึกษาความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์และปัจจัยด้านจิตใจระหว่างเพศชายและหญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพศชาย จำนวน 397 คน เพศหญิง จำนวน 153 คน ของโรงพยาบาล Baqiyatallah ประเทศอิหร่าน พบว่าเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนพฤติกรรมทางเพศตั้งแต่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพศหญิงมีความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจในความถี่ของการกอดจูบ การถึงจุดสุดยอดขณะมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง และไม่มีเพศสัมพันธ์ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมามากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยเพศชายและหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p < .01$ และ $r = .10, p < .05$ ตามลำดับ) และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความถี่การมีเพศสัมพันธ์และการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยเพศชายและหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .11$ และ $r = .19$ ตามลำดับ, $p < .05$)

Steinke et al. (2008) ศึกษาปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจวาย โดยทำการเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุสุขภาพดี จำนวน 59 คน กับผู้ป่วยโรคหัวใจวายจำนวน 85 คน พบว่า อัดมโนทัศน์ทางเพศ ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ หากมีปัจจัยดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นก็จะยังมีผลต่อการมีกิจกรรมทางเพศในส่วนของความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศ นอกจากนี้อัดมโนทัศน์ทางเพศ อายุ สถานภาพสมรส สามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ ร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านของอัดมโนทัศน์ทางเพศ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ อายุ และสถานภาพสมรสสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$)

Schwarz et al. (2008) ศึกษาความชุกและความสัมพันธ์ของอาการทางคลินิกกับความบกพร่องทางด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเพศชายและหญิง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย

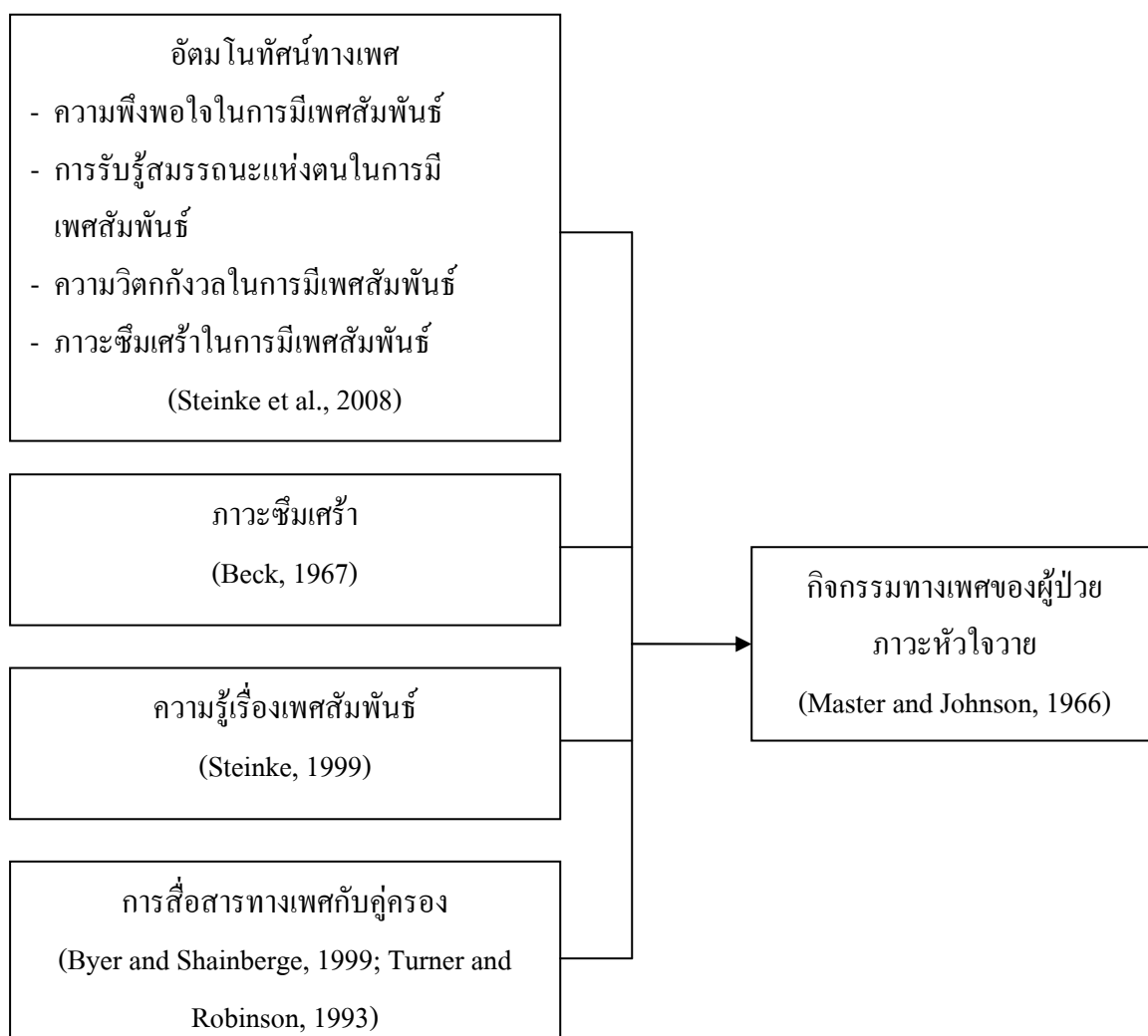
ภาวะหัวใจวายเพศชายและหญิง วัยผู้ใหญ่ จำนวน 105 คน มีภาวะหัวใจวายอย่างน้อย 6 เดือน มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ ระดับที่ 1-3 สถานภาพคู่ หรือมีคู่ครอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ เพศชาย ร้อยละ 80 เพศหญิง ร้อยละ 83 ความต้องการทางเพศลดลง เพศชาย ร้อยละ 76 เพศหญิง ร้อยละ 87 เพศชายมีปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศ ร้อยละ 84 เพศหญิงมีปัญหาการหลั่งของช่องคลอด ร้อยละ 80 การไม่ถึงจุดสุดยอด เพศชาย ร้อยละ 73 เพศหญิง ร้อยละ 62 มีปัญหาทางเพศตั้งแต่เริ่มเป็นโรค เพศชาย ร้อยละ 68 เพศหญิง ร้อยละ 62 เชื่อว่า การรักษาภาวะหัวใจวายที่เหมาะสมจะช่วยให้การมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น เพศชาย ร้อยละ 68 เพศหญิง ร้อยละ 50 อยากได้รับการรักษาเกี่ยวกับเรื่องทางเพศเพื่อให้ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น เพศชาย ร้อยละ 61 เพศหญิง ร้อยละ 38 เรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเพศชาย ร้อยละ 52 เพศหญิง ร้อยละ 38 ภรรยาของผู้ป่วยไม่เคยพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาทางเพศ ร้อยละ 13สามีของผู้ป่วยไม่เคยพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาทางเพศ ร้อยละ 8 และพบว่าในช่วงเวลา 3 ปีที่มารับการรักษาแพทย์หรือพยาบาลไม่เคยพูดคุยหรือสอบถามเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์เลย เพศชาย ร้อยละ 61 และเพศหญิง ร้อยละ 75

Mosack et al. (2011) ศึกษาผลของภาวะซึมเศร้าต่อการมีกิจกรรมทางเพศและความพึงพอใจในการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวาย จำนวน 169 คน ที่รับการรักษาจากคลินิกในเขต Kentucky และ Kansas ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยหัวใจวายที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยมีระดับของกิจกรรมทางเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีกิจกรรมทางเพศ ร้อยละ 48.5 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.5 ส่วนผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ไม่มีกิจกรรมทางเพศมี ร้อยละ 51.5 และเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 31 คะแนนความพึงพอใจทางเพศไม่ได้มีอิทธิพลมาจากการใช้ยาลดภาวะซึมเศร้า และพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายความพึงพอใจทางเพศได้ ร้อยละ 8

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในต่างประเทศมีการศึกษากิจกรรมทางเพศโดยใช้แนวคิดอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายวัยผู้ใหญ่ส่วนในประเทศไทยพบการศึกษาของวินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2553) และชญญา อุทศิริพานิช และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2554) เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายวัยผู้ใหญ่ แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลมาจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และแนวโน้มจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพหรืออยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายซึ่งภาวะซึมเศร้านี้อาจส่งผลกระทบต่อการใช้กิจกรรมทางเพศ ส่วนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผล

ต่อการมีกิจกรรมทางเพศหลังมีภาวะหัวใจวาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของสังคมไทย ผู้ป่วยและคู่ครองไม่กล้าสอบถามความรู้เรื่องการมีกิจกรรมทางเพศ หรือการพูดคุยเรื่องเพศกับคู่ครอง ทั้งผู้ป่วยและคู่ครองยังรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรเปิดเผย ดังนั้นปัจจัยเหล่านี้จึงน่าจะนำมาศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในบริบทสังคมไทย เพื่อการส่งเสริมกิจกรรมทางเพศที่ปลอดภัยในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) ของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อคติทัศนคติทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อายุ 20-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นภาวะหัวใจวาย มีประสบการณ์การมีกิจกรรมทางเพศ มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อายุ 20-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นภาวะหัวใจวาย มีประสบการณ์การมีกิจกรรมทางเพศ มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นภาวะหัวใจวาย ทั้งผู้ป่วยที่เคยมีประวัติภาวะหัวใจวายและกลับมาเป็นซ้ำ หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจวายครั้งแรก
2. มีความรุนแรงของภาวะหัวใจวายระดับ 1-2 ตามการแบ่งระดับของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The Criteria Committee of the New York Heart Association, 1994 cited in Bennett et al., 2002)
3. ได้รับการรักษาจนอาการของภาวะหัวใจวายคงที่ ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิกที่รุนแรง เช่น หอบเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก หรือหายใจลำบาก เป็นต้น
4. มีประสบการณ์การมีกิจกรรมทางเพศ
5. สติสัมปชัญญะปกติ สื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ ขณะตอบแบบสอบถาม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการทางคลินิก เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หายใจลำบาก หอบเหนื่อยหรือมีอาการไม่สุขสบาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันทีและนำกลุ่มตัวอย่างส่งไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (1978 cited in Prescott, 1987) คือ $n = 10k + 50$ (n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง, k = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา) ในการศึกษานี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 8 ตัวแปร ($10 \times 8 + 50$) ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 130 คน และพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Dillman, 2000) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 143 คน

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 แบ่งโรงพยาบาลของรัฐที่มีศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลตามการสังกัด ดังนี้ 1) สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 2) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันโรคทรวงอก 3) สังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 4) สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ 5) สังกัดองค์กรอิสระ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ 6) สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลกลาง

2.2 สุ่มโรงพยาบาลแต่ละเขตพื้นที่ โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ จำนวน 3 สังกัด ได้แก่ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และสังกัดกรุงเทพมหานคร

2.3 เลือกโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดแบบเจาะจง (Purposive sampling) สังกัดละ 1 โรงพยาบาล คือ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ และสังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

2.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยสำรวจรายชื่อ และตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จากเวชระเบียนที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 143 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาล	จำนวน (n)
1. ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	53
2. ตำรวจ	54
3. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร	36
รวมทั้งหมด	143

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ใช้แบบสอบถามของวินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) มีข้อความทั้งหมดจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรักษาที่ได้รับ การได้รับคำแนะนำและบุคคลที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านกิจกรรมทางเพศภายหลังเป็นโรคหัวใจ ความต้องการและเรื่องที่ต้องการได้รับ คำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ และระดับความสามารถในการทำกิจกรรม

ชุดที่ 2 แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดของ Master and Johnson (1966) ที่มีลักษณะการตอบสนองทางเพศ 4 ระยะ (Sexual response) และลักษณะของคำตอบและเกณฑ์การให้คะแนนดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม พฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) มีข้อความจำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามเปรียบเทียบกิจกรรมทางเพศก่อนและหลังมีภาวะหัวใจวาย มีลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือก คือ ลดลง คงเดิม และเพิ่มขึ้น มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างตอบลดลง	ให้	0 คะแนน
กลุ่มตัวอย่างตอบคงเดิม	ให้	1 คะแนน
กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มขึ้น	ให้	2 คะแนน

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 0.00-2.00 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้

$$\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{\text{Interval}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{2 - 0}{3} = 0.67$$

กิจกรรมทางเพศอยู่ในระดับดี	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	1.34-2.00	คะแนน
กิจกรรมทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	0.68-1.34	คะแนน
กิจกรรมทางเพศอยู่ในระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง	0.00-0.67	คะแนน

ชุดที่ 3 แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) ใช้แบบสอบถามของ วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2553) แปลและประยุกต์มาจากแบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศในมิติต่างๆ ของ Snell (1998) ตามแนวคิดของ Steinke et al. (2008) ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 3 ข้อ 2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 4 ข้อ 3) ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ และ 4) ภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-7 และข้อคำถามทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8-17 ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก-ไม่เห็นด้วยอย่างมาก โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การคิดคะแนนนำคะแนนอัตมโนทัศน์ทางเพศแต่ละข้อมารวมกัน ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 17-85 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีอัตมโนทัศน์ทางเพศระดับต่ำ คะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ทางเพศระดับสูง

ชุดที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายของพัชรวรรณ ศรีคง และ นรลัทขณ์ เอื้อกิจ (2554) ซึ่งดัดแปลงและประยุกต์จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบให้เลือก 4 คำตอบคือ เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (0 คะแนน) ไปจนถึงมีอาการรุนแรง (3 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีอาการ	เท่ากับ 0 คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	เท่ากับ 1 คะแนน
มีอาการปานกลาง	เท่ากับ 2 คะแนน
มีอาการมาก	เท่ากับ 3 คะแนน

การคิดคะแนนนำคะแนนภาวะซึมเศร้าแต่ละข้อมารวมกัน ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-54 คะแนน แบ่งคะแนนภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ Beck (1967) เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ไม่มีภาวะซึมเศร้า/ปกติ	มีคะแนนระหว่าง 0-7	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	มีคะแนนระหว่าง 8-12	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	มีคะแนนระหว่าง 13-18	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก	มีคะแนนระหว่าง 19-24	คะแนน
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	มีคะแนนระหว่าง 24-54	คะแนน

ชุดที่ 5 แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยแปลและประยุกต์มาจากแบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (The 25-item Sex after MI Knowledge Test) ของ Steinke (1999) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการดัดต่อและขออนุญาตจาก Steinke ในการใช้เครื่องมือ และแปลเป็นภาษาไทยโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา มีลักษณะคำตอบให้เลือกเป็นถูก-ผิด หลังผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ปรับลดจำนวนข้อคำถามเหลือ 17 ข้อ โดยมีความหมายของตัวเลือกแต่ละข้อความ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบแบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ถูกต้อง	ให้ 1 คะแนน
ตอบแบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ผิด	ให้ 0 คะแนน

การคิดคะแนนนำคะแนนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์แต่ละข้อมารวมกัน ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-17 คะแนน แปลความหมายคะแนนตาม Steinke (1999) คือ คะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มาก

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงอ้วนที่สมรสแล้ว ของจุฬาลักษณ์ อภิรัตน์ (2549) ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ ใช้มาตรวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ-ไม่มีการปฏิบัติ โดยมีความหมายของแต่ละข้อความ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเป็นประจำ (5 คะแนน)
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเกือบทุกครั้ง (4 คะแนน)
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวบ่อยครั้ง (3 คะแนน)
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเป็นครั้งคราว (2 คะแนน)
ไม่มีการปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าว (1 คะแนน)

การคิดคะแนนนำคะแนนการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองแต่ละข้อมารวมกัน ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 10-50 คะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองในระดับต่ำ คะแนนรวมสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่

1.1.1 อาจารย์แพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน

1.1.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 คน

การตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.80 (Polit and Beck, 2004) จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับคำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย ก็จะมี ความสอดคล้องกับนิยามศัพท์
- 4 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับนิยามศัพท์

สูตรคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ภายหลังนำแบบสอบถามทั้ง 6 ชุดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปรับเพิ่มข้อคำถาม 2 ข้อ ภาวะโรคร่วม และกลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับ มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ

ชุดที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ชุดที่ 5 แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ตัดข้อคำถามออก 8 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามมีความซ้ำซ้อน ไม่มีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง และปรับภาษาให้กระชับเพื่อให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทย มีข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ

แบบสอบถามชุดที่ 2-4 และ 6 ปรับภาษาให้มีความเหมาะสม กระชับและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและบริบทของสังคมไทย ในแต่ละชุดยังคงมีจำนวนข้อคำถามเท่าเดิม

ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามแต่ละชุด ดังตารางที่ 2

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ที่มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 0.7 (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 143 คน ได้ค่าความเที่ยงของแต่ละแบบสอบถาม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้ (n = 30) กับกลุ่มตัวอย่างที่รวบรวมข้อมูลจริง (n = 143)

แบบสอบถาม	ค่า CVI	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	
		ทดลองใช้ (n = 30)	เก็บข้อมูลจริง (n = 143)
1. แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ	1.00	.82	.81
2. แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ	0.94	.95	.95
3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	0.89	.86	.84
4. แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	0.80	.75	.73
5. แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศ กับคู่อุปการ	0.86	.87	.87

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2555 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2555 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตรวบรวมข้อมูลจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ตัวอย่างเครื่องมือวิจัยถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดำเนินการขอ อนุมัติรวบรวมข้อมูล และขอรับการพิจารณาจริยธรรมของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง

1.2 ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้รวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ โรงพยาบาลแต่ละแห่งแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และ หัวหน้าคลินิกโรคหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด วิธีการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูล ตามวัน เวลาที่คลินิกของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งเปิดให้บริการ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วัน เวลา ของคลินิกที่ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

วัน	เวลา	โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ	โรงพยาบาล ตำรวจ	คณะ แพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล
จันทร์	08.00-12.00 น.		✓	
	16.00-20.00 น.	✓		
อังคาร	08.00-12.00 น.			✓
	16.00-20.00 น.	✓		
พุธ	08.00-12.00 น.			✓
	13.00-16.00 น.		✓	
พฤหัสบดี	08.00-12.00 น.			✓
	16.00-20.00 น.	✓		
ศุกร์	08.00-12.00 น.		✓	
	16.00-20.00 น.	✓		
เสาร์	08.00-12.00 น.	✓		

การรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 143 คน มีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 ศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่เข้ารับการรักษาตามนัด ณ คลินิกโรคหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนาม หากกลุ่มตัวอย่างอ่านไม่ออกหรือเขียนหนังสือไม่ได้ผู้วิจัยจะอ่าน

รายละเอียดให้ฟังและให้กลุ่มตัวอย่างพิมพ์ลายนิ้วมือลงในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form)

2.4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละ 1 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ซึ่งเป็นห้องตรวจหรือห้องประชุมที่มีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามทั้ง 6 ชุด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณคนละ 30 นาที หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้หรือมองเห็นตัวอักษรไม่ชัด ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อคำถามและคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างฟังที่ละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบที่ตรงกับตนเองมากที่สุด ผู้วิจัยบันทึกคำตอบตามที่กลุ่มตัวอย่างเลือก ในกรณีดังกล่าวใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 45 นาที ในการตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อสงสัยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามให้มีความชัดเจนและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

2.5 นำข้อมูลที่รวบรวมเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจำนวน 143 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2555 และจากคณะกรรมการเวชศาสตร์ชิวพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2555 จากนั้นเริ่มทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและขั้นตอน ขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลงโดย มีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่ออย่างใดต่อการรักษาจากแพทย์และพยาบาล โดยผู้วิจัยอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/ participant information sheet) ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form) และดำเนินการรวบรวมข้อมูล ขณะตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยยุติให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทันที

และผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติส่งไปพบแพทย์เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกติใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับสำคัญทางสถิติที่ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. อ้อมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ และกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอ้อมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย หาค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson 's moment correlation) ในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์

4. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัย ได้แก่ อ้อมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis)

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) เนื่องจากต้องการหาความสามารถในการทำนายของตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปรต่อตัวแปรตามและสมการทำนาย โดยพิจารณาคัดเลือกตัวแปรทำนายเข้าสมการตามลำดับความน่าเชื่อถือของตัวแปรทำนายตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่าสูงตามลำดับ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจและคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร จำนวน 143 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 4

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอ้อมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง และกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ผลแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ในตารางที่ 5

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ผลแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 6

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อ้อมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) ผลแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรค การรักษาที่ได้รับ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ให้คำแนะนำ ความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ สิ่งที่ต้องการทราบเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม โรคร่วม และกลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ (n = 143)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	98	68.5
หญิง	45	31.5
อายุ (ปี)		
20-30	1	0.7
31-40	12	8.4
41-50	43	30.1
51-60	87	60.8
$\bar{X} = 51.91$ SD = 6.75		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	31	21.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	27	18.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปสช.	26	18.2
อนุปริญญา/ปวส.	19	13.3
ปริญญาตรี	34	23.8
ปริญญาโท	6	4.2

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	55	38.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	47	32.8
ไม่ได้ทำงาน	18	12.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	13	9.1
เกษตรกรกรรม	5	3.5
อื่นๆ	5	3.5
ระยะเวลาการเป็นโรค (ปี)		
1 เดือน – 3 ปี	81	56.6
3 - 6 ปี	40	28.0
7 - 9 ปี	16	11.2
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	6	4.2
$\bar{X} = 3.36$ $SD = 2.66$		
การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 232 คำตอบ)		
การรับประทานยา	143	61.6
การขยายหลอดเลือดหัวใจ	56	24.1
การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ	18	7.8
การผ่าตัดลิ้นหัวใจ	15	6.5
ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม		
ระดับที่ 1	79	55.2
ระดับที่ 2	64	44.8
โรคร่วม		
มีโรคร่วม	125	87.4
ไม่มีโรคร่วม	18	12.6

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วมที่พบ ได้แก่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จำนวนคำตอบทั้งหมด = 224 คำตอบ)		
ไขมันในเลือดสูง	103	46.0
ความดันโลหิตสูง	56	25.0
เบาหวาน	46	20.5
หลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน	3	1.3
โรคไต	2	0.9
อื่นๆ	14	6.3
กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จำนวนคำตอบทั้งหมด = 728 คำตอบ)		
Lipid lowering agents/Statin	110	15.1
Beta-blocker	99	13.6
Diuretic	96	13.2
ACEI	94	12.9
Antiplatelet	94	12.9
Vasodilator	52	7.1
Antidiabetic	50	6.9
Calcium-antagonist/Calcium channel blocker	36	4.9
Anticogulant	24	3.3
Digitalis	17	2.3
Antiarrhythmia	7	1.0
Antidepressant	7	1.0
ยาอื่นๆ	42	5.8

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์		
เมื่อเป็นโรคหัวใจ		
เคยได้รับ	33	23.1
ไม่เคยได้รับ	110	76.9
เคยได้รับคำแนะนำจาก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 70 คำตอบ)		
แพทย์	23	32.9
พยาบาล	18	25.7
เพื่อน	9	12.8
อื่นๆ (อินเทอร์เน็ต เอกสาร วารสารต่างๆ)	20	28.6
ความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ		
ต้องการ	132	92.3
ไม่ต้องการ	11	7.7
ต้องการคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์เรื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ จำนวนคำตอบทั้งหมด = 346 คำตอบ)		
การปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ	128	37.0
ประโยชน์และผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์	98	28.3
สมรรถภาพทางเพศหลังจากเป็นโรคหัวใจ	94	27.2
สถานที่ให้บริการรักษาปัญหาทางเพศ	24	6.9
อื่นๆ	2	0.6

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.5 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.8 ($\bar{X} = 51.91$ SD = 6.75) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 23.8 รองลงมา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 21.7 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมาคือ อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 32.9 มีระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจนาน

ตั้งแต่ 1 เดือน – 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.6 รองลงมา 3-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.8 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 61.6 ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา รองลงมาคือการขยายหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 24.1 ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ 1 เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 55.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 88.8 ซึ่งโรคร่วมที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูงคิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 20.5 ตามลำดับ กลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่เป็นยาในกลุ่มลดไขมัน คิดเป็นร้อยละ 15.1 รองลงมาคือ ยาปิดกั้นบีต้า(Beta-blocker) และยาขับปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 13.6 และ 13.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 76.9 และ อีกร้อยละ 23.1 เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ โดยในจำนวนนี้พบว่าเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ร้อยละ 32.9 รองลงมา คือได้ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ (เช่น อินเทอร์เน็ต หนังสือ วารสารต่างๆ) คิดเป็น ร้อยละ 28.6 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.3 มีความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หลังจากเป็นโรคหัวใจ ส่วนใหญ่ต้องการปรึกษาเรื่องการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ เมื่อเป็นโรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ 37.0 รองลงมา คือเรื่องประโยชน์และผลเสียของการ มีเพศสัมพันธ์ และสมรรถภาพทางเพศหลังเป็นโรคหัวใจ คิดเป็น ร้อยละ 28.3 และ ร้อยละ 27.2 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลอัตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ และกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

อัตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ และกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด ของอัตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ และกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	Min	Max
อัตมโนทัศน์ทางเพศ	56.07	0.71	35.00	84.00
ภาวะซึมเศร้า	11.27	0.41	2.00	24.00
ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	10.03	0.29	5.00	16.00
การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ	22.78	0.40	14.00	38.00
กิจกรรมทางเพศ	0.51	0.43	0.00	1.50

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทำนาย ได้แก่ อัตมโนทัศน์ทางเพศ $\bar{X} = 56.07$, $SD = 0.71$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 85 คะแนน) ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ $\bar{X} = 10.03$, $SD = 0.29$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 17 คะแนน) ภาวะซึมเศร้า $\bar{X} = 11.27$, $SD = 0.41$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 54 คะแนน) การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ $\bar{X} = 22.78$, $SD = 0.40$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 50 คะแนน) และ กิจกรรมทางเพศ $\bar{X} = 0.51$, $SD = 0.43$ (คะแนนเฉลี่ยเต็มเท่ากับ 2 คะแนน)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อคติโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ความสัมพันธ์ระหว่างอคติโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอคติโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ กับกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง (n = 143)

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
อคติโนทัศน์ทางเพศ	.780	.000	สูง
ภาวะซึมเศร้า	-.567	.000	ปานกลาง
ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	.159	.029	ต่ำ
การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ	.695	.000	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า อคติโนทัศน์ทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .780$) การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .695$) และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .159$)

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.567$)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อัตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง กับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วย ภาวะหัวใจวาย

ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อัตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองต่อกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis)

ตัวทำนาย	B	β	t	p-value	Tolerance	VIF
(Constant)	-6.351		-6.617	.000		
Sexual self-concept	.104	.541	6.853	.000	.387	2.584
Sexual communication	.105	.309	4.676	.000	.553	1.807
Depression	-.014	-.042	-.614	.540	.525	1.906
Sexual knowledge	.024	.051	1.011	.314	.962	1.039
Overall F = 69.290 (p = .000), R = .871, R ² = .668						

จากตารางที่ 7 อธิบายการวิเคราะห์การทำนายการมีกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตัวแปรพหุ 4 ตัวแปร เป็นตัวทำนายระหว่างกัน ผลปรากฏว่า

1) Overall F มีค่า 69.290 (p = .000) หมายถึง ตัวแปรทั้ง 4 ตัวร่วมกันทำนายหรือมีความสามารถอธิบายความแปรปรวนของกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

2) R² = .668 หมายถึง ประสิทธิภาพในการทำนาย เท่ากับร้อยละ 66.8

3) พิจารณาค่า β พบว่า อัตมโนทัศน์ทางเพศมีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด รองลงมาคือการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และสุดท้ายคือ ภาวะซึมเศร้า

4) พิจารณาค่า β ของตัวแปรทำนาย พบว่า ภาวะซึมเศร้า และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีค่าน้อย ($\beta = -.042$ และ $.051$ ตามลำดับ) และไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการทำนาย แต่มิได้หมายความว่า ตัวแปรทำนายดังกล่าว ไม่มีประสิทธิภาพในการทำนาย เพียงแต่ความสามารถใน

การทำนายไม่เพิ่มขึ้น เมื่อร่วมทำนายกับตัวแปรอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นลักษณะของ Multiple regression และหรืออาจเนื่องมาจากตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัว มีอิทธิพลทางอ้อมส่งผ่านตัวแปรตัวอื่น

จากตารางที่ 7 สรุปได้ว่า ตัวแปรทำนายทั้งหมด ได้แก่ อັตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ร้อยละ 66.8 ($R^2 = .668$) ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 33.2 ยังไม่สามารถอธิบายได้ ทั้งนี้เนื่องจากผลของปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาเป็นตัวแปรทำนาย อาจเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านคู่ครองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วย สภาวะด้านจิตใจ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาค่า Significance ของสถิติทดสอบ F ของแต่ละ Model (ดังภาคผนวก ง หน้า 179) ในตารางพบว่ามีค่าน้อยกว่า .05 ทุก Model นั้นหมายความว่า ตัวแปรทำนายแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบเชิงเส้น (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2553) จึงสรุปได้ว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจาก Model ที่ 4 พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีน้ำหนักมากที่สุดคือ อັตมโนทัศน์ทางเพศ ($\beta = .541$) รองลงมาคือ การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง ($\beta = .309$) ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ($\beta = .051$) และสุดท้ายคือ ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.042$) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ อັตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง เป็นตัวแปรที่ร่วมกันทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 66.8 ($R^2 = .668$) โดยอັตมโนทัศน์ทางเพศ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง สามารถร่วมทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนภาวะซึมเศร้าและความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมทำนายได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นสามารถสร้างสมการทำนายในรูปแบบมาตรฐานได้ ดังนี้

สมการในรูปแบบมาตรฐาน

$$Z_{\text{กิจกรรมทางเพศ}} = 0.541 Z_{\text{อັตมโนทัศน์ทางเพศ*}} + 0.309 Z_{\text{การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง*}} - 0.042 Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} + 0.051 Z_{\text{ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์}}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐาน พบว่า คะแนนมาตรฐานของอັตมโนทัศน์ทางเพศ ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานกิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น .541 หน่วย คะแนนมาตรฐานการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานกิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น .309 หน่วย คะแนนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานกิจกรรมทาง

เพศลดลง .042 หน่วย และคะแนนมาตรฐานความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้
คะแนนมาตรฐานกิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น .051 หน่วย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อคติโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายโดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษากิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของอคติโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อายุ 20-60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นภาวะหัวใจวาย เป็นผู้ป่วยที่เคยเป็นภาวะหัวใจวายที่กลับเป็นซ้ำ และผู้ป่วยภาวะหัวใจวายครั้งแรก มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 มีประสบการณ์การมีกิจกรรมทางเพศ ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ช่วงระหว่างเดือน มีนาคม 2555 ถึง เดือนพฤษภาคม 2555 ได้กลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จำนวน 143 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย 3) แบบสอบถามอคติโนทัศน์ทางเพศ 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 5) แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และ 6) แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการกิจกรรมทางเพศ แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1.00, .94, .89, .80 และ .86 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82, .95, .86, .75 และ .87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. อັตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปครองและกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอັตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารทางเพศกับคู่อุปครองกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson 's product moment correlation)
4. วิเคราะห์อำนาจในการทำนายปัจจัย ได้แก่ อັตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปครองกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.5 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.8 ($\bar{X} = 51.91$ $SD = 6.75$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 23.8 รองลงมา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 21.7 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมา คือ อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 32.9 มีระยะเวลาการเป็นโรคหัวใจนาน ตั้งแต่ 1 เดือน-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.6 รองลงมา 3-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.8 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.6 ได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา รองลงมาคือการขยายหลอดเลือดหัวใจคิดเป็นร้อยละ 24.1 ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ 1 เป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 55.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 88.8 ซึ่งโรคร่วมที่พบ ส่วนใหญ่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 46.0 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ 25.0 และ 20.5 ตามลำดับ กลุ่มยาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่เป็น ยากลุ่มลดไขมัน คิดเป็นร้อยละ 15.1 รองลงมาคือ ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-blocker) และยาขับปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 13.6 และ 13.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 76.9 และอีกร้อยละ 23.1 เคยได้ รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ โดยในจำนวนนี้พบว่าเคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ ร้อยละ 32.9 รองลงมาคือได้ ข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ (เช่น อินเทอร์เน็ต หนังสือ วารสารต่างๆ) คิดเป็น ร้อยละ 28.6 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.3 มีความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หลังจากเป็น โรคหัวใจ ส่วนใหญ่ต้องการปรึกษาเรื่องการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ 37.0

รองลงมาคือ เรื่องประโยชน์และผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์และสมรรถภาพทางเพศหลังเป็นโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 28.3 และ ร้อยละ 27.2 ตามลำดับ

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมทางเพศอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 0.51$, $SD = 0.43$) มีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรทำนายกิจกรรมทางเพศ ได้แก่ อึดมโนทัศน์ทางเพศ $\bar{X} = 56.07$, $SD = 0.71$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 85 คะแนน) ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 11.27$, $SD = 0.41$) ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ $\bar{X} = 10.03$, $SD = 0.29$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 17 คะแนน) และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง $\bar{X} = 22.78$, $SD = 0.40$ (คะแนนเต็มเท่ากับ 50 คะแนน)

3. อึดมโนทัศน์ทางเพศ การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .780$, $.695$ และ $.159$ ตามลำดับ) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.567$)

4. อึดมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ ร้อยละ 66.8 ($R^2 = .668$) โดยอึดมโนทัศน์ทางเพศ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองสามารถร่วมทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนภาวะซึมเศร้าและความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังนั้นจึงสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{กิจกรรมทางเพศ}} = 0.541 Z_{\text{อึดมโนทัศน์ทางเพศ}} + 0.309 Z_{\text{การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง}} - 0.042 Z_{\text{ภาวะซึมเศร้า}} + 0.051 Z_{\text{ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามสมมติฐานการวิจัยและประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

1. กิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมีคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมทางเพศอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีภาวะหัวใจวายแล้วจะมีกิจกรรมทางเพศลดลง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยกลัวอาการของโรคกำเริบ หรือเสียชีวิตกะทันหันได้ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 55.2 ซึ่งสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ตามปกติ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีกิจกรรมทาง เพศในระดับต่ำ

(Low risk group) (Drory, 2002; Mandras et al., 2007) เพราะการมีกิจกรรมทางเพศใช้พลังงานประมาณ 2-4 METs ซึ่งเทียบได้กับการทำกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น การรีดผ้า การทำความสะอาดในบ้าน เป็นต้น (Cheitlin, 2003; Stein and Hohmann, 2006; Jackson, 2009) แต่กลุ่มตัวอย่างยังรู้สึกกลัว เพราะคิดว่าโรคหัวใจเป็นโรคที่รุนแรง หากมีการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากอาจถึงแก่ชีวิตได้ (Eyada and Atwa, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของวินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2553) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมทางเพศในรูปแบบที่มีการร่วมเพศลดลง และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 60.8) เมื่ออายุมากขึ้น ความต้องการทางเพศจะลดลง เนื่องจากมีการหลั่งของฮอร์โมนเพศลดลง (ชัยพร ภัทราคม, 2548) และอายุที่มากขึ้นส่งผลต่อสมรรถภาพทางเพศลดลง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางเพศลดลงได้ (Schwarz et al., 2008)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.9 ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศภายหลังเป็นโรคหัวใจ และไม่กล้าที่จะสอบถามจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องเพศ อาจทำให้ไม่กล้าที่จะมีกิจกรรมทางเพศ ถึงแม้ว่าร้อยละ 28.6 ของกลุ่มตัวอย่างจะเคยได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต เอกสาร วารสารต่างๆ แต่ข้อมูลที่ได้นั้นอาจไม่สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจที่จะมีกิจกรรมทางเพศเท่ากับการได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือพยาบาล จึงทำให้ มีกิจกรรมทางเพศลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schwarz et al. (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายไม่กล้ามีหรือมีกิจกรรมทางเพศลดลงเนื่องจากขาดข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ภายหลังเป็นโรค นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเป็นโรคอยู่ใน ช่วง 1 เดือน-3 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.6) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจยังรู้สึกวิตกกังวลกลัวอาการของโรคกำเริบ กลัวหัวใจเต้นผิดจังหวะ เจ็บหน้าอกหรือกลัวเสียชีวิตขณะมีกิจกรรมทางเพศ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความเข้าใจว่าการเป็นโรคหัวใจหรือหลังผ่าตัดหัวใจ ไม่ควรมีกิจกรรมทางเพศ เพราะการมีกิจกรรมทางเพศจะนำไปสู่การเกิดอาการเจ็บหน้าอก และหัวใจกำเริบได้ (Johnson, 2004; Katz, 2007)

นอกจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแล้ว การมีกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้อยู่ในระดับต่ำอาจเนื่องจากภาวะโรคร่วมซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมถึงร้อยละ 88.8 ซึ่งภาวะโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน อธิบายได้ว่าโรคดังกล่าวเป็นโรคของระบบหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงไปเลี้ยงที่อวัยวะเพศด้วย ทำให้เกิดปัญหาสมรรถภาพทางเพศได้ ในผู้ชายจะมีปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัวหรือแข็งตัวช้า การหลั่งน้ำอสุจิเร็วหรือช้าผิดปกติ ในเพศหญิงอาจเกิดปัญหาช่องคลอดหล่อลื่นไม่ดี รู้สึกเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ หรือการไม่ถึงจุดสุดยอด ทำให้หย่อน

สมรรถภาพทางเพศ (Acher et al., 2005; Rastogi et al., 2005) โรคร่วมดังกล่าวเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ยาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ ได้แก่ ยาลดไขมัน ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-blocker) และยาขับปัสสาวะ ซึ่งผลข้างเคียงจากยาในกลุ่มดังกล่าวส่งผลให้การแข็งตัวของอวัยวะเพศชายผิดปกติ (Erectile dysfunction) ความต้องการทางเพศลดลง (Decrease libido) (Rerkpattanapipat et al., 2001; Drory et al., 2002; Schwarz et al., 2006) เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศ หรือความต้องการทางเพศลดลง ก็อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางเพศลดลงได้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีกิจกรรมทางเพศลดลงอาจเนื่องจากหลายสาเหตุ ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้น โรคร่วม กลุ่มยาที่ได้รับในการรักษา และการขาดความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศภายหลังเป็นโรคหัวใจ

2. อัตมโนทัศน์ทางเพศ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ผลการศึกษาพบว่า อัตมโนทัศน์ทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .780$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า อัตมโนทัศน์ทางเพศเป็นมุมมอง และการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับตนเองในการมีเพศสัมพันธ์ และบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ทางเพศที่ดี จะส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีกิจกรรมทางเพศ (Steinke et al., 2008) Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่มีอัตมโนทัศน์ทางเพศสูงจะมีกิจกรรมทางเพศที่สูงด้วย เมื่อพิจารณาองค์ประกอบ 4 ด้านของอัตมโนทัศน์ทางเพศ จากการศึกษาของวินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2553) และชญญา อุทศสิริพานิช และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2554) ที่พบว่าความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .517$ และ $r = .645$ ตามลำดับ, $p < .05$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .605$ และ $r = .652$ ตามลำดับ, $p < .05$) ความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.388$ และ $r = -.557$ ตามลำดับ, $p < .05$) และภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.512$ และ $r = -.610$ ตามลำดับ, $p < .05$) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) ทั้ง 4 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางเพศ และใน

การศึกษาครั้งนี้พบว่าอัมโนโทศน์ทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อธิบายได้ว่าจากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งมีการลดลงของฮอร์โมนเพศชายกว่าเพศหญิง ทำให้มีความตื่นตัวและความต้องการทางเพศ และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ (เพ็ญพิไล ฤทธาภานนท์, 2549; Archer et al., 2005) กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในระดับที่ 1 ซึ่งเป็นระดับที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระดับต่ำ (Drory et al., 2002; Mandras et al., 2007) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ความวิตกกังวลหรือกลัวอาการของโรคกำเริบส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการมีกิจกรรมทางเพศทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอัมโนโทศน์ลดลง ดังนั้นอัมโนโทศน์ทางเพศจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .159$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า การมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ภายหลังเป็นโรคหัวใจจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติตัว ทราบถึงวิธีป้องกันอันตรายหรือการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นขณะมีกิจกรรมทางเพศ แต่อย่างไรก็ตาม ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม หรือการทำกิจกรรมต่างๆ ได้อาจต้องมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2549) แต่ถ้าหากขาดความรู้หรือไม่เข้าใจการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์อย่างถูกต้องอาจยิ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ หรือกลัวการมีกิจกรรมทางเพศ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจ อีกทั้งผู้ป่วยก็ไม่กล้าซักถามเกี่ยวกับเรื่องเพศเพราะกลัวจะถูกมองว่าไม่ดี เป็นเรื่องส่วนตัว น่าอาย ไม่ควรพูดคุยอย่างเปิดเผย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของสังคมไทย (ธนิดา เขียรธำรงสุข, 2543) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.9 ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศภายหลังเป็นโรคหัวใจอาจเนื่องมาจากการไม่กล้าซักถามข้อมูล และพบว่าความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต เอกสารวิชาการ หรือวารสารต่างๆ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจอย่างลึกซึ้ง หรือเหมาะสมกับสภาวะโรคของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริอร สิ้นธุ (2526) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ดีจะมีปัญหาเพศสัมพันธ์มาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Akdolun and Terakye (2001) ที่พบว่า การขาดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ และคูครอง ทำให้เกิดปัญหาในชีวิตสมรสตามมาได้ และวินิตย์ หลงละเลิง (2546) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้

และความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 Steinke and Swan (2004) พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยการให้ผู้ป่วยและคู่ครองควิตีโออย่างเป็นทางการเป็นส่วนตัวที่บ้านทำให้ ผู้ป่วยและคู่ครองมีความรู้ มีความสามารถ และความพึงพอใจในการมีกิจกรรมทางเพศมากขึ้น เช่นเดียวกับ Lai et al. (2011) ที่พบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .319, p < .01$)

การสื่อสารทางเพศกับคู่ครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .695$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่าการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองจะช่วยให้สัมพันธ์ภาพในชีวิตคู่ดีขึ้น ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งหรือปัญหาทางเพศ หากคู่สมรสมีการสื่อสารทางเพศกันมากก็จะทำให้ชีวิตคู่มีความเข้าใจและใกล้ชิดกันมากขึ้นทำให้เกิดความพึงพอใจทางเพศ (Strong et al., 2001) ซึ่งหากบุคคลมีความพึงพอใจทางเพศก็จะคงไว้ซึ่งการมีกิจกรรมทางเพศ (Steinke et al., 2008) มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและคู่ครองที่มีความขัดแย้งในชีวิตสมรสมีสาเหตุมาจากการขาดการสื่อสารที่ดี (Jaarsma et al., 1996; Jaarsma, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gunzler et al. (2009) และ Stewart et al. (2001) ที่พบว่า ชีวิตสมรสที่มีปัญหา มีสาเหตุจากการขาดการสื่อสาร ขาดความเข้าใจ และการยอมรับซึ่งกันและกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kazemi-Saleh et al. (2008) พบว่า สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและคู่ครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีกิจกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .190, p < .01$) และ Lai et al. (2011) ศึกษาพบว่า การสื่อสารทางเพศกับคู่ครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .302, p < .05$)

3. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.567$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Moser et al. (2005) และ Powell et al. (2005) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ซึ่งพบได้ถึง ร้อยละ 40-70 เนื่องจากภาวะหัวใจวายทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย ความทนในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง การที่ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลงยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ในขณะที่เดียวกันภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงเช่นกัน (Konstam et al., 2005) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับ

เล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นระดับที่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน หรือสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ และกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ ประสบการณ์ การคิด การรับรู้ และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549)

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อธิบายได้ว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ขาดสมาธิ ขาดแรงจูงใจ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม รวมทั้งขาดความสนใจทางเพศด้วย (Beck, 1967) การมีภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาทางอารมณ์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและการทำงานของต่อมไร้ท่อ ทำให้ระบบประสาทส่วนกลาง และสาร Neurotransmitters ในสมอง รวมทั้งระดับฮอร์โมนทางเพศลดลง (เอนก อารีพรพรค และ สุวิทนา อารีพรพรค, 2539) ทำให้ความต้องการและการตอบสนองทางเพศลดลง (วันชัย นัยรักษ์เสรี, 2546) เช่นเดียวกับ Jaarsma et al. (1996) ศึกษาพบว่า ความทุกข์ทางจิตใจ (Psychologic distress) มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .38$, $p < .001$) สอดคล้องกับ Drory et al. (1998) ศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.16$, $p < .01$)

4. อັตมโนทศน์ทงเพศ ภาวะซึมเศร่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทงเพศกับคู้ครองสามารถร่วมทำนยกิจกรรมทงเพศของคู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ผลการศึกษานี้ พบว่า อັตมโนทศน์ทงเพศ ภาวะซึมเศร่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทงเพศกับคู้ครองสามารถร่วมทำนยกิจกรรมทงเพศของคู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ร้อยละ 66.8 ($R^2 = .668$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 เมื่อพิจารณานำหนักในทำนายพบว่า อັตมโนทศน์ทงเพศมีอิทธิพลต่อกิจกรรมทงเพศของคู้ป่วยภาวะหัวใจวายมากที่สุด รองลงมาคือการสื่อสารทงเพศกับคู้ครอง ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และสุดท้ายคือภาวะซึมเศร่า

จากผลการศึกษา พบว่า อັตมโนทศน์ทงเพศสามารถทำนายกิจกรรมทงเพศของคู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้ร้อยละ 60.8 ($R^2 = .608$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของกิจกรรมทงเพศได้ร้อยละ 60.8 ($R^2 \text{ change} = .608$) อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีอັตมโนทศน์ทงเพศที่ดี ซึ่งได้แก่ การมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ที่สูง การมีความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์ และภาวะซึมเศร่าในการมีเพศสัมพันธ์ที่ต่ำ จะทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจมีอັตมโนทศน์ทงเพศในด้านกรมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอັตมโนทศน์พัฒนามาจาก

ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลและการอบรมเลี้ยงดู ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมในสังคม (วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ, 2553) เช่นเดียวกับ Steinke et al. (2008) ศึกษาพบว่า อึดมโนทัศน์ทางเพศสามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$, $p < .01$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ และความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ ร้อยละ 38.4 ($R^2 = .384$, $p < .01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของชาญญา อุทศิริพานิช และนรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ (2554) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์ ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์และภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ ร้อยละ 57.8 ($R^2 = .578$, $p < .05$)

การสื่อสารทางเพศกับคู่อองสามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น อีกร้อยละ 66.4 ($R^2 = .664$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5.6 (R^2 change = .056) อธิบายได้ว่า การสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตคู่ การที่คู่สมรสได้พูดคุยกันเกี่ยวกับความรู้สึกในเรื่องเพศ หรือปัญหาทางเพศจะช่วยให้ชีวิตสมรสมีความเข้าใจซึ่งกันและกันมากขึ้น ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งด้านเพศสัมพันธ์ในชีวิตสมรส การพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศจะช่วยเพิ่มสัมพันธภาพและความใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy) กันมากขึ้น ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตสมรส (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545; พันธุ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์, 2546) การพูดคุยระหว่างผู้ป่วยและคู่อองจะช่วยลดความวิตกกังวล และทำให้รับรู้ถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Moser, 1994 cited in Lai et al., 2011) จากการศึกษาของ Lai et al. (2011) พบว่าการสื่อสารทางเพศกับคู่อองสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 33.8 ($R^2 = .338$, $p < .01$)

ภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 66.5 ($R^2 = .665$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของกิจกรรมทางเพศ เพิ่มขึ้นอีกเพียงร้อยละ 0.1 (R^2 change = .001) อาจเนื่องมาจากการประเมินภาวะซึมเศร้านี้เป็นลักษณะของภาวะซึมเศร้าทั่วๆ ไปไม่ใช่ภาวะซึมเศร้าที่มีความเฉพาะเจาะจงกับการมีเพศสัมพันธ์ เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความเจ็บป่วยหรือจากการใช้ชีวิตประจำวัน จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากภายหลังเป็นโรคผู้ป่วยภาวะหัวใจวายต้องเผชิญกับภาวะโรคความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง สูญเสียบทบาท หน้าที่ ทำให้เกิดความคิดทางลบต่อตนเอง พยายามหลีกเลี่ยงปัญหา มีกิจกรรมทางกายลดลง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทาง

เพศ ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัวเองออกจากสังคม (Beck, 1967) ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด สรีรวิทยา มีผล ต่อการทำงานของระบบประสาท ทำให้ความต้องการทางเพศลดลง ทำให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง (วันชัย นัยรักษ์เสรี, 2546; Schwarz et al., 2006) การศึกษาของ Drory et al. (1998) พบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถร่วมทำนายความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ ร้อยละ 32 ($R^2 = .32, p < .001$)

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 66.8 ($R^2 = .668$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของกิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้นอีกเพียง ร้อยละ 0.3 ($R^2 \text{ change} = .003$) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถทั้งใน ด้านความจำ เข้าใจ ประชุกต์ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสามารถประเมินหรือตัดสินใจคุณค่าของเนื้อหา ด้วยสติปัญญาได้ แต่ความสามารถเหล่านี้ไม่ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนด้านพฤติกรรมหรือกิจกรรม ต่างๆ ได้ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ, 2549) อาจมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพล เช่น เจตคติ ประสบการณ์ ความเชื่อ แรงจูงใจ เป็นต้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้แต่ไม่มั่นใจในการปฏิบัติตัว หรือยังไม่กล้ามีกิจกรรมทางเพศ ทั้งนี้เนื่องจากกลัวอาการของโรคกำเริบหรือเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Sudden death) (Akdolun and Terakye, 2001; Stein and Hohmann, 2006) หรือมีอิทธิพล มาจากการรับรู้ของคู่ครอง การมีอายุที่มากขึ้น ประกอบกับผู้ป่วยมีโรคร่วมอื่นๆ จึงทำให้กิจกรรม ทางเพศ ลดลง ซึ่งอาจทำให้ความสามารถในการร่วมทำนายของความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น เพียงเล็กน้อย จากการศึกษาของ Lai et al. (2011) พบว่าความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนาย คุณภาพชีวิตด้านเพศของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ ร้อยละ 25.6 ($R^2 = .256, p < .01$) เช่นเดียวกับ ศิริอร สิ้นธุ (2526) ที่พบว่าความรู้ในการปฏิบัติตัว ด้านเพศสัมพันธ์สามารถร่วมทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติได้ ร้อยละ 68.54 ($R^2 = .685, p < .01$)

สรุปได้ว่าการศึกษานี้ พบว่า อັตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่อง เพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองสามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่ม ตัวอย่างได้ ร้อยละ 66.8 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 33.2 อาจเนื่องจากผลของปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อ กิจกรรมทางเพศซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาเป็นตัวแปรทำนาย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยภาวะ หัวใจวาย ได้แก่ โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยด้านคู่ครองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วย สภาวะด้านจิตใจ เป็นต้น

การศึกษานี้พบว่า เกิดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย (Multicollinearity) คือ อັตมโนทัศน์ทางเพศกับภาวะซึมเศร้าทำให้การทำนายของภาวะซึมเศร้าร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศ

ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปรดังกล่าวและความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ (ดังภาคผนวก ง หน้า 178) เมื่อนำเข้าไปร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศในแต่ละ Model พบว่าสามารถอธิบายความแปรปรวนของกิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้นได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งในการวิเคราะห์สถิติแล้วอาจทำให้ตัวแปรดังกล่าวร่วมทำนายตัวแปรตามได้แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาค่า β ของตัวแปรทำนาย ภาวะซึมเศร้า และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ มีค่าน้อย ($\beta = -.042$ และ $.051$ ตามลำดับ) และการที่ตัวแปรดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการร่วมกิจกรรม ทางเพศทำนายมิได้หมายความว่า ตัวแปรทำนายดังกล่าวไม่มีประสิทธิภาพในการทำนาย เพียงแต่ไม่เพิ่มประสิทธิภาพการทำนายเมื่อร่วมทำนายกับตัวทำนายอื่นๆ ทั้งนี้ตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัว อาจมีอิทธิพลทางอ้อมส่งผ่านตัวแปรตัวอื่น ซึ่งอิทธิพลดังกล่าวเป็นลักษณะของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมอัตมโนทัศน์ทางเพศ (Sexual self-concept) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยการส่งเสริมความรู้เรื่องกิจกรรมทางเพศ อาจจัดทำสื่อในรูปแบบของวิดีโอหรือเอกสารคำแนะนำการมีกิจกรรมทางเพศที่เหมาะสม ปลอดภัยกับสภาวะโรคของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเพิ่มความมั่นใจในตนเอง และช่วยลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์
2. จัดให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและคู่ครองเกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการมีกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ได้แก่
 - 1.1 ปัจจัยด้านผู้ป่วยภาวะ หัวใจวาย เช่น โรคร่วม การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นต้น
 - 1.2 ปัจจัยด้านคู่ครองของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย เช่น ภาวะสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วย สภาวะด้านจิตใจ เป็นต้น
2. ควรศึกษาแยกตัวแปรทำนายที่เป็นตัวแปรทางด้านจิตใจ (Psychosexual variables) ที่ส่งผลต่อกิจกรรมทางเพศเพียงด้านเดียว เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2553). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสถิติ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกียรติชัย ภูริปัญญา, ชาญ ศรีรัตนสถาวร, ชุณหเกษม โชตินัยวัตรกุล, นิธิ มหานนท์ และ องค์การ
เรื่องรัตนอัมพร. (2549). Update cardiology for internist. กรุงเทพมหานคร: เฮาแคนดู.
- จุฑาทิพย์ อัครวิเชียร. (2542). ทักษะการสื่อสาร ความคาดหวัง และการใช้ประโยชน์ของผู้ฟังจาก
การฟังรายการเนชั่นจูเนียร์อินเทอร์เน็ตแอดทีฟ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,
ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ. (2546). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง
ปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
ที่แต่งงานแล้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสตรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬาลักษณ์ อภิรัตน์. (2549). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงฮวัน
ที่สมรสแล้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา)
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ัญญา อุทิศศิริพานิช และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 22(2): 31-43.
- ชัยพร ภัทราคม. (2548). ผลของความเจ็บป่วยและการผ่าตัดต่อหน้าที่ทางเพศ. ใน เอนก อารีพรรค
(บรรณาธิการ), เพศศาสตร์ในศตวรรษที่ 21 และนรีเวชวิทยา, หน้า 185-194. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ถาวร สุทธิไชยากุล. (2539). Cardiology 1996. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2549). Heart failure. ขอนแก่น: แอนนา ออฟเซต.
- ทิพมาส ชินวงศ์. (2545). หลักการพยาบาลผู้ป่วยหัวใจวายและหลักการพยาบาลผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูง. ใน พัชรียา ไชยลังกา, ทิพมาส ชินวงศ์ และ นวลจันทร์ รณนารักษ์
(บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (อายุรศาสตร์) เล่ม 1, หน้า
207-235, หน้า 191-203. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เอส ซี วี บิสซิเนสส์.
- ธนิศา เขียวธารงสุข. (2543). ประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา.

- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549). **เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย.**
นครปฐม: ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะศึกษาศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราณีตา เสาวคนธ์, วิศาล คันธารัตนกุล และฉัฐยา จิตประไพ. (2545). ความสามารถในการกลับไปทำงานและการมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัด. **เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร** 10(2): 73-79.
- ปริศนา วรรณันท์. (2540). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผจงจิต อัสวิกุล. (2542). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรคและความรู้เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.** พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พิชญาภา พิชะยะ. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรวรรณ ศรีคง และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. **วารสารเกื้อการุณย์** 18(1): 52-65.
- พันธ์ศักดิ์ สุกระถกษ. (2546). **เรียนรู้เรื่องเพศ. หมอชาวบ้าน** 25: 16, 29, 32..
- เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์. (2549). **พัฒนาการมนุษย์.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธรรมดาเพรส.
- มลฤดี บุราณ. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2553). **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวม.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์.
- วินิตย์ หลงละเลิง. (2546). **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ต่อเจตคติความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต, สาขาวิชาแพทยศาสตร์ (สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับพิเศษ: 130-143.

วินิตย์ หลงละเลิง และ นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ. (2554). ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: การส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 25(2): 95-108.

วันชัย นัยรักษ์เสรี. (2546). การสนองตอบทางเพศในชายสูงวัย. ใน สมบุญ เหลืองวัฒนาจิก (บรรณาธิการ), ตำราสุขภาพเพศชาย, หน้า 200-215. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

ศิริอร สินธุ. (2526). ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 หน้า 1-24. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2553). การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บุรณาการสู่การปฏิบัติ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: จุดทองการพิมพ์.

สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พานิช และ พันธุ์พิชญ์ สาครพันธ์. (2536). ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เวชศาสตร์.

สมพร งามวิสัย. (2553). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. [ออนไลน์]. 2554. แหล่งที่มา: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CHFGuideline.pdf [18 มิถุนายน 2554]

- ศิริรัตน์ เงามสมสกุล. (2543). การศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ โสมประยูร และ วรณี โสมประยูร. (2541). เพศศึกษา ความรู้เรื่องเพศ และการสอนเพศศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรางค์รัตน์ คงศรี. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารทางเพศ และการเห็นคุณค่าในตนเองต่อความพึงพอใจทางเพศของผู้หญิงที่สมรสแล้วในผู้ใหญ่ตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเพศศาสตร์ (สหสาขาวิชา) บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสภณ จิรสิริธรรม และคณะ. (2547). ตำราการปลูกถ่ายไต . กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติการตาย 10 ลำดับการตาย ปี 2552 [ออนไลน์]. 2554. แหล่งที่มา: <http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/2.3.4-52.pdf> [19 มิถุนายน 2554]
- อรนุช เขียวสะอาด. (2544). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อวยพร เรื่องตระกูล. (2553). สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชาติ สุนทรธรรม และ รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2547). **Heart Failure**. เชียงใหม่: ไอแอมเออร์ เกโนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิ่ง.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2554). การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก็อปปี.
- อุมพร ตรังคสมบัติ. (2545). จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์.
- เอนก อารีพรค และ สุวีทนา อารีพรค. (2539). เรียนรู้เรื่องเพศ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Abraham, W.T., and Krum, H. (2007). **Heart failure**. New York: McGraw-Hill.
- Akdolun, N., and Terakye, G. (2001). Sexual problems before and after myocardial infarction: Patients' needs for information. **Rehabilitation Nursing** 26(4): 152-158.
- Archer, S.L., Gragasin, F.S., Webster, L., Bochinski, D., and Michelakis, D. (2005). Aetiology and management of male erectile dysfunction and female sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease. **Drugs Aging** 22(10): 823-844.
- Arenhall, E., Kristofferzon, M-L., Fridlund, B., and Nilsson, U. (2010a). The female partners' experiences of the intimate relationship after a first myocardial infarction. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 20: 1677-1684.
- Arenhall, E., Kristofferzon, M-L., Fridlund, B., Malm, D., and Nilsson, U. (2010b). The male partners' experiences of the intimate relationships after a first myocardial infarction. **European Journal of Cardiovascular Nursing**: 1-7.
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W.H. Freeman.
- Beeber, L.S. (1998). Treating depression through the therapeutic nurse client relationship. **Nursing Clinics of North America** 33(1): 153-172.
- Beck, A.T. (1967). **Depression: Clinical experimental and theoretical aspect**. New York: International University Press.
- Belardinelli, R., Lacalaprice, F., Faccenda, E., Purcaro, A., and Perna, G. (2005). Effects of short-term moderate exercise training on sexual function in male patients with chronic stable heart failure. **International Journal of Cardiology** 101: 83-90.
- Bennett, J.A., Riegel, B., Bitter, V., and Nichols, J. (2002). Validity and reliability of the NYHA classes for measuring research outcomes in patients with cardiac disease. **Heart & Lung** 31: 262-70.
- Bernardo, A. (2001). Sexuality in patients with coronary disease and heart failure. **Herz** 26(5): 353-359.
- Best, J.W. (1977). **Research in education**. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Brigg, L. M. (1994). Sexual healing: Caring for patients recovering from myocardial infarction. **British Journal of Nursing** 3(6): 837-842.

- Bristow, M.R. (2000). β -adrenergic receptor blockade in chronic heart failure. **Circulation** 101 (10): 558.
- Burns, N., and Grove, S.K., (2009). **The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence.** 6th ed. St. Louis: Saunders.
- Byer, O.C., and Shainberge, W.L. (1999). **Dimensions of human sexuality.** New York: Quebecor World Veraille.
- Cheitlin, M.D. (2003). Sexual activity and cardiovascular disease. **The American Journal of Cardiology** 92(9A): 3M-8M.
- Cleland, J.G.F., Duta, D., Habib, F., and Puri, S. (1994). **Identification and management of the heart failure patient.** London: Science Press.
- Dalteg, T., Benzein, E., Fridlund, B., and Malm, D. (2011). Cardiac disease and its consequences on the partner relationship: A systematic review. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 10: 140-149.
- Debusk, R.F. (2000). Evaluating the cardiovascular tolerance for sex. **American Journal of Cardiology** 86: 51F-56F.
- De Jong, M., Moser, D., and Chung, M. (2005). Predictors of health status for heart failure patients. **Prog Cardiovasc Nurs** 20: 155-62.
- Denny, N.W., Field, J.K., and Quadagno, D. (1984). Sex difference in sexual needs and desires. **Archives of Sexual Behavior** 13(3): 233-245.
- Dillman, D.A. (2000). **Maitland internet surveys: The tailored design.** 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Drory, Y. (2002). Sexual activity and cardiovascular risk. **Euro Heart J Supplements** 4 (Supplement H): H13-H18
- Drory, Y., Florian, V., and Weingarten, M. (1998). Sexual activity after first acute myocardial infarction in middle-age men: demographic, psychological and medical predictors. **Cardiology** 90(3): 207-211.
- Ebersole, P., and Hess, P. (1997). **Toward healthy aging: human needs and nursing response.** 5th ed . St. Louis: CV. Mosby.

- ESC Committee for Practice Guidelines. (2008). ESC guideline for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. **European Heart Journal** 29: 2388-2442.
- Eyada, M., and Atwa, M. (2007). Sexual function in female patients with unstable angina or non-ST-elevation myocardial infarction. **J Sex Med** 4: 1373-1380.
- Figueroa, M.S., and Peters, J.I. (2006). Congestive heart failure: diagnosis, pathophysiology, therapy, and implications for respiratory care. **Respiratory Care** 51(4): 403-412.
- Francis, G.S., and Tang, W.H.W. (2003). Pathophysiology of congestive heart failure. **Reviews In Cardiovascular Medicine** 4(2): s14-s20.
- Fugl - Meyer, K.S., and Fugl - Meyer, A.R. (2002). Sexual disabilities are not singularities. **International Journal of Impotence Research** 14: 487-493.
- Graham, L.E., and Conley, E.M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. **Nursing Research** 20: 113-122.
- Good, C.V., and et al. (1973). **Dictionary of Education**. New York: McGraw Hill Book Company.
- Gunzler, C., Harms, A., Kriston, L., and Berner, M.M. (2007). Management of sexual dysfunctions in the rehabilitation of cardiovascular diseases. **Herz** 32: 321-328.
- Hardman, J.G., and Limbird, L.E. (2001). **The pharmacology in nursing**. 17th ed. St.Louis: CV Mosby.
- House-Fancher, M.A., and Hatice, Y.F. (2007). Nursing management heart failure. In S. L. Lewis, M.M. Heitkemper and S.R. Dirksen (Eds.), **Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problem**. St. Louis: CV. Mosby.
- Jaarsma, T. (2002). Sexual problems in heart failure patients. **European Journal Cardiovascular Nursing** 1: 61-67.
- Jaarsma, T., Dracup, K., Walden, J., and Stevenson, L.W. (1996). Sexual function in patients with advanced heart failure. **Heart & Lung** 25(4): 262-270.
- Jaarsma, T., Steinke, E.E., and Gianotten. (2010a). Sexual problems in cardiac patients how to assess, when to refer. **Journal of Cardiovascular Nursing** 25(2): 159-164.
- Jaarsma, T., et al. (2010b). Sexual counseling of cardiac patients: Nurses ' perception of practice, responsibility and confidence. **Journal of Cardiovascular Nursing** 25(2): 159-164.

- Jackson, G. (2009). Sexual response in cardiovascular disease. **Journal of Sex Research** 46(2-3): 233-236.
- Jackson, G., Gibbs, C.R., Davies, M.K., and Lip, G.Y.H. (2000). ABC of heart failure pathophysiology. **BMJ** 320: 167-170.
- Jessup, M., Abraham, W.T., Casey, D.E., Feldman, A.M., Francis, G. S., and Ganiats, G.G. (2009). 2009 focused update: ACCF/AHA Guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adult: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines developed in collaboration with the International Society for heart and lung transplantation. **Journal of the American College of Cardiology** 53(15): 1343-1384.
- Johnson, B.K. (2004). Sexuality and heart disease: implications for nursing. **Geriatr Nursn** 25 (4): 224-226.
- Kate, A.M. (2000). **Heart Failure**. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Katz, A.M. (2007). Sexuality and myocardial infarction. **Am J Nurs** 107(3): 49-52.
- Katz, A.M., and Konstam, M.A. (2009). **Heart failure: pathophysiology, molecular biology, and clinical management**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kazemi-Saleh, D., Pishgoo, B., Farrokhi, F., Fotros, A., and Assari, S. (2008). Sexual function and psychological status among males and females with ischemic heart disease. **J Sex Med** 5: 2230-2237.
- Kontula, O., and Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. **Journal Of Sex Research** 46(1): 46-56.
- Konstam, M.A., et al. (1995). Heart failure: evaluation and care of patients with left ventricular systolic dysfunction. **J Card Fail** 1(2): 183-7.
- Konstam, V., Moser, D.K., and De Jong, M.J. (2005). Depression and anxiety in heart failure. **Journal of Cardiac Failure** 11(6): 455-463.
- Kotzé , A., and Howell, S.J. (2008). Heart failure: pathophysiology, risk assessment, community management and anaesthesia. **Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain** 5: 161-166.

- Lai, Y-H., Hsieh, S-R., Ho, W-C., and Chiou, A-F. (2011). Factors associated with sexual quality of life in patients before and after coronary artery bypass grafting surgery. **Journal of Cardiovascular Nursing**: 1-10.
- LeMone, P., and Burke, K.M. (2000). **Medical-surgical nursing: critical thinking in client care**. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall Health.
- Lloyd-Jone, D.M., et al. (2010). Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: The American heart association 's strategic impact goal through 2020 and beyond. **Circulation** 121: 586-613.
- Luttik, M.L., Blaauwbroek, A., Dijker, A., and Jaarsma, T. (2007). Living with heart failure partner perspectives. **Journal of Cardiovascular Nursing** 22(2): 131-137.
- Mandras, S.A., Uber, P.A., and Mehra, M.R. (2007). Sexual activity and chronic heart failure. **Mayo Clin Proc** 82(10): 1203-1210.
- Maroto-Montero, J.M., et al. (2008). Erectile dysfunction in a cardiac rehabilitation program. **Revista Espanola de Cardiologia** 61(9): 917-922.
- Master, W.H., and Jonhson, V.E. (1966). **Human sexual response**. Boston: Little and Brown: 182-188.
- Master, W.H., Johnson, V.E., and Kolodny, R. C. (1995). **Human sexuality**. New York: Haper Collins College.
- Medina, M., Walker, C., Steinke, E.E., Wright, D.W., Mosack, V., and Farhoud, M.H. (2009). Sexual concerns and counseling in heart failure. **Progress in Cardiovascular Nursing** 24: 141-148.
- Mosack, V., and Steinke, E.E. (2009). Trend in sexual concerns after myocardial infarction. **Journal of Cardiovascular Nursing** 24(2): 162-170.
- Mosack, V., et al. (2011). Effects of depression on sexual activity and sexual satisfaction in heart failure. **Dimensions of Critical Care Nursing** 30(4): 218-225.
- Moser, D.K., Doering, L.V., and Chung, M.L. (2005). Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. **American Heart Journal** 150(5): 984.e8-13.
- Nicholas, M. (2004). Heart failure: pathophysiology, treatment and nursing care. **Nursing standing** 19(11): 46-51.

- ÓFarrell, P., Murray, J., and Hotz, S.B. (2000). Psychological distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. **HEART & LUNG** 29(2): 97-104.
- Papadopoulos, C., Larrimore, P., Cardin., and Shelly, S.I. (1980). Sexual concerns and needs of post coronary patient 's wife. **Archives of Internal Medicine** 140: 38-41.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., and Parsons, M.A. (2002). **Health promotion in nursing practice**. 4th ed. USA : Pearson Education.
- Pfeiffer, E., and Davis, C. (1972). Determinants of sexual behavior in middle and old age. **Journal of The American Geriatrics Society** 20(4): 151-158.
- Polit, D.F., and Beck, C.T. (2004). **Nursing research principles and methods**. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Poppas, A., and Rounds, S. (2001). Congestive heart failure. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine** 165: 4-8.
- Powell, L., et al. (2005). Depression and heart failure in patients with a new myocardial infarction. **American Heart Journal** 149: 851-855.
- Prescott, P.A. (1987). Multiple regression analysis with small sample: Cautions and suggestion. **Nursing Research** 36(2): 130-133.
- Rastogi, S., Rodriguez, J.J., Kapur, V., and Schwarz, E.R. (2005). Why do patients with heart failure suffer from erectile dysfunction? A critical review and suggestions on how to approach this problem. **International Journal of Impotence Research** 17: S25-S36.
- Rathore, S.S., Wang, Y., and Krumholz, H.M. (2002). Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure. **New England Journal of Medicine** 347(18): 1403.
- Rerkpattanapipat, R., Stanek, M.S., and Kotler, M.N. (2001). Sex and the heart: what is the role of the cardiologist?. **European Heart Journal** 22: 201-208.
- Roger, V.L., et al. (2011). Heart disease and stroke statistics 2011 update: A report from the American Heart Association. **Circulation** 123: e18-e209.
- Rumsfeld, J. S., et al. (2003). Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. **Journal of the American College of cardiology** 42(10): 1811-1817.

- Scalzi, C., and Dracup, K. (1978). Sexual counseling of coronary patients. **Heart & Lung** 7(5): 840-845.
- Schwarz, E.R., Kapur, V., Bionat, S., Rastogi, S., Gupta, R., and Rosanio, S. (2008). The prevalence and clinical relevance of sexual dysfunction in women and men with chronic heart failure. **International Journal of Impotence Research** 20: 85-91.
- Schwarz, E.R., Rastogi, S., Kapur, V., Sulemanjee, N., and Rodriguez, J.J. (2006). Erectile dysfunction in heart failure patients. **JACC** 48(6): 1111-19.
- Schumann, J., Zellweger, M.J., Valentino, M.D., Piazzalonga, S., and Hoffmann, A. (2010). Sexual dysfunction before and after cardiac rehabilitation. **Rehabilitation Research and Practice**: 1-8.
- Spielberger, C.D. (1976). **Cross-cultural anxiety**. New York: Hemisphere.
- Stein, R.A. (2000). Cardiovascular response to sexual activity. **The American Journal of Cardiology** 86(2A): 27F-29F.
- Stein, R., and Hohmann, C.B. (2006). Sexual activity and heart. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** 86(1).
- Steinke, E.E. (1999). **Sex after MI knowledge test - heart failure**. (Unpublished Manuscript)
- Steinke, E.E., Gill-Hopple, K., Valdez, D., and Wooster, M. (2005). Sexual concerns and educational needs after an implantable cardioverter defibrillator. **HEART & LUNG** 34(5): 299-308.
- Steinke, E.E. (2010). Sexual dysfunction in women with cardiovascular disease what do we know?. **Journal of Cardiovascular Nursing** 25(2): 151-158.
- Steinke, E.E., Mosack, V., Barnason, S., and Wright, D.W. (2011). Progress in sexual counseling by cardiac nurse, 1994 to 2009. **Heart & Lung** 40: 15-24.
- Steinke, E.E., Mosack, V., Wright, D.W., Chung, M.L., and Moser, D.K. (2009). Risk factors as predictors of sexual activity in heart failure. **Dimensions of Critical Care Nursing** 28 (3): 123-129.
- Steinke, E.E., and Petterson, P. (1996). Sexual counseling of myocardial infarction patients: Nurses 's comfort responsibility and practice. **Dimensions of Critical Care Nursing** 15(4): 216-223.

- Steinke, E.E., and Swan, H.H. (2004). Effectiveness of a videotape for sexual counseling after myocardial infarction. **Research in Nursing & Health** 27: 269-280.
- Steinke, E.E., and Wright, D.W. (2006). The role of sexual satisfaction, age, and cardiac risk factors in the reduction of post-MI anxiety. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 5: 190-196.
- Steinke, E.E., Wright, D.W., Chung, M.L., and Moser, D.K. (2008). Sexual self-concept, anxiety, and self- efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. **Heart & Lung** 37(5): 323-333.
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., and Weld-Viscount, P. (2001). Group support for couples coping with a cardiac condition. **J Adv Nurs** 33: 190-9.
- Stolov, W.C., and Clowers, M.R. (1981). **Handbook of severe disability: a text for rehabilitation counselors, orther vocational practitioners, and allied health professionals**. Washington: U.S. Dept. of Education Rehabilitation Services Administration.
- Strong, B., DeVault, C., Sayad, B.W., and Yaber,W.L. (2001). **Human sexuality**. New York: The McGraw-Hill.
- Swedberg, K., et al. (2005). Guideline for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005). **European Heart Journal** 26: 1115-1140.
- Thomas, S. A., et al. (2008). Depression in patients with heart failure: Prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. **Critical Care Nurse** 28(2): 40-55.
- Traeen, B., and Olsen, S. (2007). Sexual dysfunction and sexual well-being in people with heart disease. **Sexuality and Heart Disease** 22(2): 193-208.
- Vassiliadou, A., Stamatopoulou, E., Triantafyllou, G., Gerodimou, E., Toulia, G., and Pistolas, D. (2008). The role of nurses in the sexual counseling of patients after myocardial infarction. **Health Science Journal** 2(2): 111-118.
- Westlake, C., Dracup, K., Walden, J.A., and Fonarow, G. (1999). Sexuality of patients with advanced heart failure and their spouses or partners. **The Journal of Heart and Lung Transplantation** 18: 1133-1138.
- World Health Organization. (2006). **Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002**. WHO press: 1-36.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พิสิษฐ หุตะยานนท์	อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ และหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
3. อาจารย์ ดร. จันทนา หล่อตะจะกุล	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยเอเชีย-แปซิฟิก
4. นางนิภาพร คงเพชร	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ (ด้านโรคหัวใจ) โรงพยาบาลรามาริบัติ
5. นายวินิตย์ หลงละเลิง	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ (ด้านโรคหัวใจ) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ที่ ศร 0512.11/0930

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวประภาพร คองโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิสิษฐ หุตะยานนท์ อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณะบดี

ปฏิบัติกิจการแทนคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พิสิษฐ หุตะยานนท์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวประภาพร คองโพธิ์ โทร. 089-6839316

ที่ ศธ 0512.11/0239

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์เกี่ยวกับการอนุมัติ มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวประภาพร คองโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์หทัยศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พวงผกา กรีทอง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวประภาพร คองโพธิ์ โทร. 089-6839316

ที่ สท 0512.11 0231

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย - แปซิฟิก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวประภาพร คองโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. จันทนา หล่อจจะกุล คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร. จันทนา หล่อจจะกุล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ที่ ศธ 0512.11 0231

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรามารัตน์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวประภาพร คองโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนิภาพร คงเพชร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ (ด้านโรคหัวใจ) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางนิภาพร คงเพชร

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ข้อนิสิต

นางสาวประภาพร คองโพธิ์ โทร. 089-6839316

ที่ ศบ 0512.11/ 0231

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

9 กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวประภาพร คองโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทภณ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายวินิตย์ หลงละเลิง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ (ด้านโรคหัวใจ) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารถน์ ชัยวัฒน์)
รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายวินิตย์ หลงละเลิง

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทภณ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวประภาพร คองโพธิ์ โทร. 089-6839316

ที่ ศธ 0512.11/ ๐335



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้
เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างงานวิจัย 1 ชุด

2. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 1 ชุด

3. ตัวอย่างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวประภาพร ดองโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทพยาบาลศาสตร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของ
ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
ประสงค์จะเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่าน
การคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใคร่ขอ
ความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยภาวะ
หัวใจวาย อายุ 20 – 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นภาวะ
หัวใจวาย มีประสิทธิภาพการมีกิจกรรมทางเพศ มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 66 คน
โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ แบบสอบถามอึดมโนทัศน์ทาง
เพศ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถามการสื่อสาร
ทางเพศกับคู่ครอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและ
เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวประภาพร ดองโพธิ์ เสนอโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

นางสาวประภาพร ดองโพธิ์ โทร. 089-6839316

ที่ ศบ 0512.11/0335



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๗ กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือ
เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) ผ่านประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบยื่นเสนอขอทำการวิจัย 5 ชุด

2. ใบขอเก็บข้อมูลจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 5 ชุด

3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. โครงร่างพอสังเขป 5 ชุด

5. ตัวอย่างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล 5 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวประภาพร ดองโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทพยาบาลศาสตร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของ
ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
ประสงค์จะเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่าน
การคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว และใ้ขอ
ความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อายุ 20 – 60 ปี ทั้งเพศชาย
และเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นภาวะหัวใจวาย มีประสบการณ์การ
มีกิจกรรมทางเพศ มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 36 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูล
ส่วนบุคคล แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ แบบสอบถามทัศนคติทางเพศ แบบประเมินภาวะ
ซึมเศร้า แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับคู่อุป
ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย อีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวประภาพร ดองโพธิ์ เสนอโครงการวิจัย
เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา
ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ข้อนี้สุด

หัวหน้าฝ่ายพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

นางสาวประภาพร ดองโพธิ์ โทร. 089-6839316

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๖ กุมภาพันธ์ 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือ
เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนวมินทร์ราชिरาช (วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบลงทะเบียนขอรับบริการ 1 ชุด
 2. บันทึกข้อความขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย 1 ชุด
 3. จดหมายจากสถาบัน 1 ชุด
 4. แบบรายงานการส่งโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาครั้งแรก 1 ชุด
 5. คู่มือการตรวจสอบความครบถ้วนของโครงการวิจัย 1 ชุด
 6. ปกพยาบาล 1 ชุด
 7. สารบัญ 1 ชุด
 8. แบบเสนอโครงการวิจัยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 1 ชุด
 9. เอกสารชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 1 ชุด
 10. ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลวิจัย 1 ชุด
 11. ประวัติผู้วิจัย 1 ชุด
 12. ตัวอย่างตารางการบริหารงานวิจัยและตารางเวลาในการศึกษา 1 ชุด
 13. ใบขอส่งเอกสารโครงการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวประภาพร ดองโพธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของ
ผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
ประสงค์จะเสนอโครงการวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัย
ได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว
และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อายุ 20 – 60 ปี
ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นภาวะหัวใจวาย มีประสบการณ์

โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบสอบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และแบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวประภาพร ดองโพธิ์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ โทร. 0-2218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวประภาพร ดองโพธิ์ โทร. 089-6839316

ภาคผนวก ค

**เอกสารพิจารณาจริยธรรม เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**



คณะกรรมการจริยธรรมและระเบียบวิธีวิจัยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ

- ชื่อเรื่องวิจัย ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
 (Predicting Factors of Sexual Activity Among Patients with Heart Failure)
- ผู้วิจัย นางสาวประภาพร ดองโพธิ์
- หน่วยงาน นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา พยาบาลศาสตร์(การพยาบาลผู้ใหญ่)
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมและระเบียบวิธีวิจัยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
 พิจารณาแล้วอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติได้

ลงนาม..... *กชก*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ติลก ภิชัยโยทัย)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและระเบียบวิธีวิจัยฯ
 อนุมัติ ณ วันที่ ๑๖ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๕

หมายเหตุ : ขอให้ส่งผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ให้โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ จำนวน ๑ ชุด



โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.....ศว. ๑๕/๒๕๕๕.....

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นางสาวประภาพร คองโพธิ์ นิติศป.โท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012)(ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012)(ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012)(ฉบับภาษาไทย) 4. แบบสอบถาม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 16 March 2012)(ฉบับภาษาไทย) 5. อัดตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	16 มีนาคม 2555
วันหมดอายุ	15 มีนาคม 2556

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พลตำรวจตรี

(ทรงชัย สิมะโรจน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ

๖๔๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๒๔๔-๓๕๒๒ โทรสาร ๐-๒๖๖๘-๗๐๘๘		COA 28/2555
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เอกสารรับรองโครงการวิจัย		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตาม แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP		
ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย		
ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : Predicting Factors of Sexual Activity Among Patients with Heart Failure.		
เลขที่โครงการ : ๐๑๗/๕๕		
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวประภาพร ดองโพธิ์		
สังกัดหน่วยงาน : นิติปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย		
เอกสารที่รับรอง:		
<ul style="list-style-type: none"> - แบบเสนอโครงร่างการวิจัย version 3 วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๕ - เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย version 3 วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๕ - หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย version 3 วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๕ - แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล version 3 วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๕ - แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ version 3 วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๕ - แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ version 3 วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๕ - แบบประเมินภาวะซึมเศร้า version 3 วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๕ - แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ version 3 วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๕ - แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับคูครอง version 3 วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๕ 		
ลงนาม..... (รองศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์) ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย		ลงนาม..... (นางสาวบุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี) กรรมการและเลขานุการ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
วันที่รับรอง : ๓ / ๐๕ / ๒๕๕๕		
วันหมดอายุ : ๒ / ๐๕ / ๒๕๕๖		
โครงการวิจัยนี้ผ่านการประชุมพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ ครั้งที่ ๔/๕๕ วาระ ๔.๓.๐๓ ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		

งานงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ติกไอแอลกรรรม ชั้น ๒)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
๖๔๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์: ๐-๒๒๔๔-๓๕๒๒ โทรสาร: ๐-๒๖๖๘-๗๐๘๘

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นภาวะหัวใจวาย ทั้งผู้ป่วยที่เคยมีประวัติภาวะหัวใจวายและกลับมาเป็นซ้ำ หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจวายครั้งแรก

2) มีความรุนแรงของภาวะหัวใจวายระดับ 1-2 ตามการแบ่งระดับของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The Criteria Committee of the New York Heart Association, 1994 cited in Bennett et al., 2002)

3) ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก

4) มีประสบการณ์การมีกิจกรรมทางเพศ

5) สดชื่นปัญญาเฉื่อยปกติ สื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกร่วมตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ได้แก่

1) มีอาการของโรคกำเริบ เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หอบเหนื่อยหรือมีอาการไม่สบาย

2) ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือหรือขอลอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย

4.2 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 143 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ข้างต้น โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 3 โรงพยาบาล จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 143 คน

4.3 เหตุผลที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้ดำเนินการวิจัย นางสาวประภาพร ดองโพธิ์ ศึกษาปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนาย ได้แก่ อັตมโนทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองกับกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย โดยจัดทำโครงการวิจัยนี้ ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยตรงกับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อคน โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด ชุดที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชุดที่ 2) แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ ชุดที่ 3) แบบสอบถามอັตมโนทัศน์ทางเพศ ชุดที่ 4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ชุดที่ 5) แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และชุดที่ 6) แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่เกิดความเสียหายใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การ

นำเสนอจะนำเสนอเฉพาะในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและให้คำแนะนำเรื่องการมีกิจกรรมทางเพศที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายให้เหมาะสมกับเพศ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และบริบทของสังคมไทย

6. ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยตรงกับท่าน เกี่ยวกับรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม อธิบายการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัย อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายถึงการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้พิมพ์ลายนิ้วมือแสดงความยินยอม ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกข้อคำตอบเอง

7. การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจวายผู้ใหญ่ ตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัย และการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล

8. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์ 089-683-9316

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

10. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

11. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวประภาพร ดองโพธิ์

ที่อยู่ติดต่อ หอพักหมู่บ้านเอเชียนเกมส์ อาคาร A3 ห้อง 417 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ถ.พหลโยธิน ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12120

โทรศัพท์ 089-683-9316 E-mail address: prapalemon@hotmail.com

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงอันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมใน โครงการวิจัยนี้ ภายใต้ง่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ภายใต้ง่อนไขที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น เป็นต้นว่า ไม่มีผลกระทบต่อการศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ใ้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือยินยอมโดยตลอดแล้ว ได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และสำเนานหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวประภาพร ดองโพธิ์)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

แบบสอบถาม

เรื่อง

ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1	แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	มีจำนวน 13 ข้อ
ชุดที่ 2	แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ	มีจำนวน 4 ข้อ
ชุดที่ 3	แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ	มีจำนวน 17 ข้อ
ชุดที่ 4	แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	มีจำนวน 18 ข้อ
ชุดที่ 5	แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	มีจำนวน 17 ข้อ
ชุดที่ 6	แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง	มีจำนวน 10 ข้อ

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องแม่นยำ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไป ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถาม ตามความรู้สึกละความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตนเองในเรื่องกิจกรรมทางเพศ อคติโน้ตทัศน์ทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อ โดยข้อมูลจากท่านจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มิได้มีการเปิดเผยข้อมูลและผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลจากท่านจะเป็นความลับและไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านทั้งสิ้น

ชุดที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับสภาพที่เป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ผู้มีส่วนเข้าร่วมวิจัย.....

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 1. () ประถมศึกษา/ไม่ได้เรียนหนังสือ
 2. () มัธยมศึกษาตอนต้น
 3. () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 4. () อนุปริญญา/ปวส.
 5. () ปริญญาตรี
 6. () ปริญญาโทขึ้นไป
4. อาชีพ
 1. () ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 2. () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 3. () รับจ้าง
 4. () เกษตรกรรม
 5. () ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 6. () อื่นๆ ระบุ.....
5. ท่านเป็นโรคหัวใจมานาน.....ปี.....เดือน
6. การรักษาที่ท่านได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. () การรับประทานยา
 2. () การขยายหลอดเลือดหัวใจ
 3. () การผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ
 4. () อื่นๆ ระบุ.....
7. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจหรือไม่
 1. () เคย
 2. () ไม่เคย
8. ถ้าในข้อ 7 ท่านตอบว่า เคย ท่านได้รับคำแนะนำจากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. () แพทย์
 2. () พยาบาล
 3. () เพื่อน
 4. () ผู้ป่วยอื่น
 5. () ครอบครัว/ญาติ
 6. () อื่นๆ ระบุ.....
9. ท่านต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจหรือไม่
 1. () ต้องการ
 2. () ไม่ต้องการ

10. ถ้าในข้อ 9 ท่านตอบว่า ต้องการ ท่านต้องการทราบเรื่องใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. () ประโยชน์และผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์
2. () สมรรถภาพทางเพศหลังจากเป็นโรคหัวใจ
3. () การปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์เมื่อเป็นโรคหัวใจ
4. () สถานที่ให้บริการรักษาปัญหาทางเพศ
5. () อื่นๆ ระบุ.....

(ข้อที่ 11 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากการสอบถามผู้ป่วย)

11. ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

1. () ระดับที่ 1 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีอ่อนเพลียเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก
2. () ระดับที่ 2 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ หากออกแรงมากกว่าปกติ จะมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก จะรู้สึกดีขึ้น เมื่อได้พัก

(ข้อที่ 12 - 14 ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน)

12. โรคอื่นๆ ที่ผู้ป่วยเป็น

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| 1. () เบาหวาน | 2. () ความดันโลหิตสูง |
| 3. () หลอดเลือดหัวใจ | 4. () หลอดเลือดส่วนปลายอุดตัน |
| 5. () ไขมันในเลือดสูง | 6. () อื่นๆ ระบุ..... |

13. กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. () ยาปิดกั้นเบต้า | 2. () ยาขยายหลอดเลือดหัวใจ |
| 3. () ยาขับปัสสาวะ | 4. () ยาต้านเศร้า |
| 5. () ยาลดไขมัน | 6. () อื่นๆ ระบุ..... |

ชุดที่ 2

แบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ เป็นคำถามเพื่อสอบถามการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางเพศในรูปแบบที่มีการร่วมเพศของท่าน เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเป็นโรคหัวใจวาย กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวาของข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ลดลง	คงเดิม	เพิ่มขึ้น
1. คุณและคู่อุปการะมีการเส้าโลมก่อนการมีเพศสัมพันธ์			
2. คุณมีอาการทางเพศมากขึ้นเวลาที่ถูกละโลม			
3. คุณถึงจุดสุดยอดเวลามีเพศสัมพันธ์			
4. คุณและคู่อุปการะมีการพูดคุย หรือ โอบกอดแสดงความรัก ความผูกพันกันภายหลังการมีเพศสัมพันธ์			

ชุดที่ 3

แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ทางเพศ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ ความสามารถและคุณค่าในตนเองของท่านเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ หลังจากที่ได้รับป่วยด้วยโรคหัวใจวาย กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันรู้สึกพึงพอใจกับความต้องการทางเพศของฉัน					
2. ฉันพึงพอใจกับการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์จากคู่อุปการของฉัน					
3. การมีกิจกรรมทางเพศกับคู่อุปการสร้างความพึงพอใจแก่ฉัน					
4. ฉันสามารถที่จะตอบสนองความต้องการทางเพศที่ฉันต้องการได้					
5. ฉันมีความสามารถมากพอที่จะทำให้ความต้องการทางเพศของฉันได้รับการตอบสนอง					
6. ฉันสามารถที่จะทำกิจกรรมทางเพศกับคู่อุปการที่สร้างความสุขให้กับฉันได้					
7. ฉันสามารถที่จะจัดการกับความต้องการทางเพศของตนเองได้					

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8. ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่จะมีกิจกรรมทางเพศ					
9. ฉันรู้สึกก่อกวนใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน					
10. บ่อยครั้งที่การคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉันทำให้ฉันรู้สึกไม่สบายใจ					
11. ฉันรู้สึกเครียดเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน					
12. ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน					
13. ฉันรู้สึกหดหู่เมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน					
14. ฉันรู้สึกผิดหวังกับสมรรถภาพในการมีเพศสัมพันธ์ของฉัน					
15. ฉันรู้สึกหมดกำลังใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน					
16. ฉันรู้สึกเป็นคนไร้สมรรถภาพทางเพศ					
17. ฉันรู้สึกเศร้าเมื่อคิดถึงประสบการณ์ทางเพศภายหลังจากเป็นโรคหัวใจ					

ชุดที่ 4

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วเลือกตอบในข้อความที่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด ซึ่งเกิดในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงทุกวันนี้ โดยทำเครื่องหมายวงกลมตัวเลขที่อยู่หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

1. ท่านรู้สึกเศร้าหรือไม่
 - 0 ไม่รู้สึกเศร้าเลย
 - 1 รู้สึกเศร้าๆ
 - 2 รู้สึกเศร้าตลอดเวลาและทำให้หายใจไม่สะดวก
 - 3 รู้สึกเศร้ามากจนทนไม่ได้
2. ท่านรู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับอนาคตหรือไม่
 - 0 ไม่รู้สึกท้อแท้ใจอะไรเกี่ยวกับอนาคต
 - 1 รู้สึกท้อแท้ใจเกี่ยวกับอนาคต
 - 2 รู้สึกว่าไม่มีเป้าหมายในอนาคต
 - 3 รู้สึกว่าอนาคตหมองมัวและไม่มีทางจะดีขึ้น
3. ท่านรู้สึกว่าท่านมีความล้มเหลวในชีวิตหรือไม่
 - 0 ยังไม่รู้สึกว่าล้มเหลว (ทำอะไรๆ ก็สำเร็จ)
 - 1 รู้สึกว่าล้มเหลวมากกว่าคนทั่วไป
 - 2 เมื่อมองย้อนไปในอดีต ชีวิตส่วนใหญ่ล้มเหลว
 - 3 รู้สึกว่าชีวิตล้มเหลวโดยสิ้นเชิง
4. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณยังรู้สึกสนุกสนานอยู่หรือไม่
 - 0 ยังรู้สึกสนุกกับสิ่งที่เคยชอบเท่าเดิม
 - 1 ไม่รู้สึกสนุกอย่างเคย
 - 2 อะไรๆ ก็ไม่ค่อยถูกใจ
 - 3 อะไรๆ ก็ไม่ถูกใจหรือเบื่อไปหมด

5. ท่านมีความรู้สึกที่ท่านผิดหรือมีบาปในใจหรือไม่
- 0 ไม่รู้สึกผิดในใจ
 - 1 รู้สึกผิดในใจบางครั้งบางคราว
 - 2 รู้สึกผิดในใจบ่อย
 - 3 รู้สึกผิดในใจอยู่เสมอ
6. ท่านรู้สึกที่ท่านถูกระงับกรรมลงโทษหรือไม่
- 0 ไม่รู้สึกว่ากำลังถูกระงับกรรมลงโทษ
 - 1 คิดว่าอาจจะถูกระงับกรรมลงโทษ
 - 2 คิดว่าสมควรจะถูกระงับกรรมลงโทษ
 - 3 รู้สึกว่ากำลังถูกระงับกรรมลงโทษ
7. ท่านรู้สึกผิดหวังหรือเกลียดชังตนเองหรือไม่
- 0 ไม่รู้สึกผิดหวังในตัวเอง
 - 1 รู้สึกผิดหวังในตัวเอง
 - 2 รู้สึกไม่ชอบตัวเอง
 - 3 รู้สึกเกลียดตัวเอง
8. ท่านคิดว่าตนเองเป็นคนที่ชอบโทษตัวเอง
- 0 ไม่รู้สึกว่า เป็นคนที่ชอบโทษตัวเอง
 - 1 เมื่อรู้สึกอ่อนแอหรือเกิดความผิดพลาดขึ้น มักจะตำหนิตนเองไว้ก่อน
 - 2 เมื่อเกิดความผิดพลาดบางอย่าง จะโทษตัวเองอยู่ตลอดเวลา
 - 3 เมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น จะโทษตัวเองทุกๆ เรื่อง
9. ท่านรู้สึกหงุดหงิดมากกว่าเดิมหรือไม่
- 0 ไม่รู้สึกหงุดหงิดมากไปกว่าที่เคยเป็น
 - 1 รู้สึกอารมณ์เสียหรือหงุดหงิดง่ายกว่าที่เคยเป็น
 - 2 รู้สึกอารมณ์เสียหรือหงุดหงิดบ่อยครั้ง
 - 3 รู้สึกอารมณ์เสียหรือหงุดหงิดอยู่ตลอดเวลา
10. ท่านยังมีความสนใจคนรอบข้างหรือไม่
- 0 ยังสนใจคนรอบข้างอยู่
 - 1 สนใจคนรอบข้างน้อยลงกว่าเดิม
 - 2 ไม่สนใจคนข้างแล้ว
 - 3 ไม่สนใจคนรอบข้างเลย

11. ท่านสามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ดีเหมือนเดิม
- 0 ยังตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ดีเหมือนที่เคยเป็น
 - 1 รอเอาไว้ตัดสินใจที่หลังบ่่อยขึ้นกว่าเดิม
 - 2 ตัดสินใจได้ลำบากกว่าเดิม
 - 3 ไม่กล้าตัดสินใจอะไรเลย
12. ท่านรู้สึกว่าคุณรู้สึกตนเองแย่งใหม่
- 0 ไม่รู้สึกว่าตัวเองแย่งกว่าที่เคยเป็น
 - 1 รู้สึกกังวลว่าตัวเองแย่ง
 - 2 รู้สึกว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ตัวเองแย่ง
 - 3 รู้สึกว่าตัวเองแย่งมาก
13. ท่านยังทำงานได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่
- 0 ยังทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเหมือนแต่ก่อน
 - 1 ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการทำสิ่งต่างๆ
 - 2 ต้องบังคับตัวเองอย่างหนักในการทำสิ่งต่างๆ
 - 3 ทำอะไรไม่ได้เลย
14. ท่านนอนหลับดีหรือไม่
- 0 ยังนอนหลับได้ดีเหมือนเดิม
 - 1 นอนหลับได้ไม่ดีเหมือนเดิม
 - 2 ตื่นเร็วกว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง และรู้สึกยากที่จะข่มตาให้หลับลงได้อีก
 - 3 ตื่นเร็วกว่าปกติตั้งหลายชั่วโมง และหลับต่อไม่ได้เลย
15. ท่านรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าเดิมหรือไม่
- 0 ไม่รู้สึกเหนื่อยไปกว่าแต่ก่อน
 - 1 รู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าเดิม
 - 2 รู้สึกเหนื่อยไปหมดไม่ว่าจะทำอะไร
 - 3 รู้สึกเหนื่อยจนทำอะไรไม่ได้
16. ท่านรับประทานอาหารได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่
- 0 ยังรับประทานอาหารได้ดีเหมือนเดิม
 - 1 รับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าเดิม
 - 2 รับประทานอาหารได้เพียงเล็กน้อย
 - 3 รับประทานอาหารไม่ได้เลย

17. ท่านรู้สึกว่าการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตาของท่านหรือไม่

- 0 ไม่รู้สึกว่าการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตา
- 1 รู้สึกว่าการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตาบ้างเล็กน้อย
- 2 รู้สึกว่าการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตามาก
- 3 รู้สึกว่าการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตามากจนทำให้รู้สึกแย่

18. ขณะนี้ท่านรู้สึกกังวลกับการเจ็บป่วยของท่านมากน้อยเพียงใด

- 0 ไม่รู้สึกกังวลกับการเจ็บป่วย
- 1 รู้สึกกังวลกับอาการเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น นอนราบไม่ได้ เป็นต้น
- 2 รู้สึกกังวลกับอาการเจ็บป่วยมากจนคิดเรื่องอื่นๆ ไม่ค่อยได้
- 3 รู้สึกกังวลกับอาการเจ็บป่วยมากจนคิดเรื่องอื่นไม่ได้เลย

ชุดที่ 5

แบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง แบบวัดความรู้นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ถูก หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นถูกต้อง
 ผิด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. สัญญาณอันตรายที่ต้องแจ้งแพทย์ทราบ ได้แก่ เจ็บหน้าอก หายใจเร็ว หรือหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นนานมากกว่า 15 นาที ภายหลังมีเพศสัมพันธ์		
2. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์จะช่วยให้คุณผ่อนคลายและช่วยให้มีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น		
3. ยารักษาความดันโลหิตสูง ภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าบางชนิดมีผลกระทบต่อการใช้เพศสัมพันธ์		
4. อาการใจสั่นหลังการมีเพศสัมพันธ์นานมากกว่า 15 นาทีถือเป็นเรื่องปกติ		
5. ภายหลังอาการหัวใจกำเริบโดยทั่วไปสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติภายในเวลา 2-3 สัปดาห์		
6. ควรนอนพักให้เพียงพอก่อนการมีเพศสัมพันธ์		
7. การมีเพศสัมพันธ์โดยการใช้ปากเป็นอันตรายต่อหัวใจมากกว่าการร่วมเพศโดยตรง		
8. คุณควรใช้ท่าปกติในการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ท่าที่สบายๆ ไม่ทำให้คุณรู้สึกเหนื่อย		
9. คุณควรหยุดใช้ยาโรคหัวใจทันทีเมื่อคุณคิดว่ายาามีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์		
10. ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้บ่อยๆ หลังเกิดอาการโรคหัวใจกำเริบ		
11. การมีเพศสัมพันธ์ทำให้การหายใจ การเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น		
12. การเล้าโลมก่อนการมีเพศสัมพันธ์จะช่วยให้คุณผ่อนคลายและลดความเครียดให้กับหัวใจของคุณ		

ข้อความ	ถูก	ผิด
13. หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ควรอมยาไต้ลีนและนอนพัก		
14. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักสามารถทำได้เหมือนการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดเนื่องจากมีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจน้อยกว่า		
15. หลังมีเพศสัมพันธ์หากมีอาการนอนไม่หลับหรืออ่อนเพลียมากถือเป็นเรื่องปกติในผู้ป่วยโรคหัวใจ		
16. ภายหลังรับประทานอาหาร ควรพักอย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง ก่อนจะมีเพศสัมพันธ์		
17. หลังอมยาไต้ลีน ครั้งละ 1 เม็ด ห่างกันทุก 5 นาที จนครบ 2 เม็ดแล้วอาการเจ็บแน่นหน้าอกไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์		

ชุดที่ 6

แบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการของท่าน กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดซึ่งในแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเป็นประจำ
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวบ่อยครั้ง
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	หมายถึง	ท่านปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าวเป็นครั้งคราว
ไม่มีการปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความดังกล่าว

ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	ไม่มีการปฏิบัติ
1. ฉันสามารถแสดงความต้องการทางเพศให้คู่อุปการรับรู้ได้					
2. ฉันและคู่อุปการพูดคุยเพื่อช่วยกันหาทางแก้ปัญหาทางเพศที่มี					
3. ฉันหาคำพูดเพื่อสื่อถึงความคิดในเรื่องเพศสัมพันธ์ให้คู่อุปการทราบได้เป็นอย่างดี					
4. ฉันสามารถพูดคุยกับคู่อุปการถึงเรื่องเพศได้อย่างเต็มที่					
5. ฉันจะบอกให้คู่อุปการทราบ หากเขาไม่สนใจความรู้สึกหรือความต้องการทางเพศของฉัน					
6. ฉันสามารถบอกปฏิเสธคู่อุปการได้ เมื่อนั้นไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์					
7. ฉันกล้าถามคู่อุปการถึงสิ่งที่เขาชอบให้ฉันทำขณะมีเพศสัมพันธ์					

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็นครั้ง คราว	ไม่มี การ ปฏิบัติ
8. ฉันกล้าเป็นผู้เริ่มต้นในการมีเพศสัมพันธ์					
9. ฉันเล่าให้คู่ครองฟังได้โดยไม่ขัดเขินถึง จินตนาการทางเพศที่ฉันมีต่อเขา					
10. ฉันกล้าบอกคู่ครองให้เปลี่ยนบรรยากาศ หรือสถานที่ในการมีเพศสัมพันธ์					

ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามกิจกรรมทางเพศ

	Mean	Std Dev	Cases
1. SEXACT1	.660	.519	30.0
2. SEXACT2	.410	.522	30.0
3. SEXACT3	.410	.493	30.0
4. SEXACT4	.480	.501	30.0

Correlation matrix

	SEXACT1	SEXACT2	SEXACT3	SEXACT4
SEXACT1	1.00			
SEXACT2	.476	1.00		
SEXACT3	.476	.457	1.00	
SEXACT4	.707	.605	.471	1.00

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	2.0333	2.5851	1.6078	4

Item-total Statistics

	Scale	Scale	Corrected		
	Mean	Variance	Item-	Squared	Alpha
	if Item	if Item	Total	Multiple	if Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation	Deleted
SEXACT1	1.3667	1.5506	.6738	.5266	.7583
SEXACT2	1.6000	1.5586	.6138	.4050	.7854
SEXACT3	1.6000	1.6276	.5470	.3023	.8157
SEXACT4	1.5333	1.4299	.7372	.5977	.7259

Reliability Coefficients 5 items

Alpha = .8193 Standardized item alpha = .8197

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามอัตโนมัตินวัตกรรมทางเพศ

	Mean	Std Dev	Cases
1. SEXCON1	3.9000	.3051	30.0
2. SEXCON2	3.5000	.5085	30.0
3. SEXCON3	3.0667	.6397	30.0
4. SEXCON4	3.6000	.5632	30.0
5. SEXCON5	3.5333	.5713	30.0
6. SEXCON6	3.0000	.6433	30.0
7. SEXCON7	3.7000	.4661	30.0
8. SEXCON8	2.5333	.6814	30.0
9. SEXCON9	3.2667	.4498	30.0
10. SEXCON10	2.6667	.7112	30.0
11. SEXCON11	3.4000	.5632	30.0
12. SEXCON12	3.6000	.4983	30.0
13. SEXCON13	3.7000	.4661	30.0
14. SEXCON14	2.7667	.6789	30.0
15. SEXCON15	3.5333	.5713	30.0
16. SEXCON16	2.7667	.5683	30.0
17. SEXCON17	3.7000	.4661	30.0

Correlation matrix

	SCon1	SCon2	SCon3	SCon4	SCon5	SCon6	SCon7	SCon8	SCon9	SCon10
SCon1	1.00									
SCon2	.333	1.00								
SCon3	.389	.530	1.00							
SCon4	.562	.602	.555	1.00						
SCon5	.119	.356	.654	.471	1.00					
SCon6	.351	.632	.838	.571	.563	1.00				
SCon7	.509	.364	.301	.447	.363	.460	1.00			
SCon8	.265	.597	.707	.395	.573	.708	.304	1.00		
SCon9	.201	.452	.535	.299	.367	.477	.230	.758	1.00	
SCon10	.318	.572	.733	.517	.537	.754	.416	.878	.611	1.00

	SCon1	SCon2	SCon3	SCon4	SCon5	SCon6	SCon7	SCon8	SCon9	SCon10
SCon11	.241	.602	.593	.304	.493	.571	.342	.862	.653	.755
SCon12	.408	.544	.519	.516	.654	.538	.505	.650	.492	.681
SCon13	.267	.364	.301	.315	.363	.460	.365	.521	.395	.520
SCon14	.383	.649	.752	.469	.421	.711	.425	.725	.550	.833
SCon15	.316	.475	.465	.364	.366	.563	.622	.661	.501	.707
SCon16	.259	.537	.613	.452	.396	.755	.508	.600	.522	.654
SCon17	.267	.509	.532	.447	.492	.690	.683	.521	.395	.624

	SCon11	SCon12	SCon13	SCon14	SCon15	SCon16	SCon17
SCon11	1.00						
SCon12	.713	1.00					
SCon13	.604	.802	1.00				
SCon14	.703	.530	.316	1.00			
SCon15	.707	.654	.622	.510	1.00		
SCon16	.625	.511	.378	.748	.503	1.00	
SCon17	.604	.653	.524	.534	.751	.768	1.00

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	56.2333	50.3230	7.0939	17

Item-total Statistics

	Scale	Scale	Corrected		
	Mean	Variance	Item-	Squared	Alpha
	if Item	if Item	Total	Multiple	if Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation	Deleted
SEXCON1	52.3333	48.4368	.4222	.	.9516
SEXCON2	52.7333	45.3747	.6845	.	.9477
SEXCON3	53.1667	43.3851	.7748	.	.9460
SEXCON4	52.6333	45.4816	.5955	.	.9494
SEXCON5	52.7000	45.3207	.6078	.	.9492
SEXCON6	53.2333	42.9437	.8262	.	.9448
SEXCON7	52.5333	46.6023	.5505	.	.9499
SEXCON8	53.7000	42.4241	.8375	.	.9446
SEXCON9	52.9667	46.2402	.6344	.	.9486
SEXCON10	53.5667	41.7713	.8753	.	.9438
SEXCON11	52.8333	44.0057	.8029	.	.9454
SEXCON12	52.6333	44.8609	.7811	.	.9461
SEXCON13	52.5333	46.3954	.5844	.	.9494
SEXCON14	53.4667	42.8092	.7939	.	.9456
SEXCON15	52.7000	44.4241	.7317	.	.9468
SEXCON16	53.4667	44.3264	.7497	.	.9465
SEXCON17	52.5333	45.3609	.7558	.	.9467

Reliability Coefficients 17 items

Alpha = .9502 Standardized item alpha = .949

ค่าความเที่ยงของแบบสอบประเมินภาวะซึมเศร้า

	Mean	Std Dev	Cases
1. DEPRESS1	.1667	.4611	30.0
2. DEPRESS2	.3667	.5561	30.0
3. DEPRESS3	.1333	.5074	30.0
4. DEPRESS4	.5000	.6297	30.0
5. DEPRESS5	.9333	.5833	30.0
6. DEPRESS6	1.0333	.4901	30.0
7. DEPRESS7	.4667	.5074	30.0
8. DEPRESS8	.8667	.4342	30.0
9. DEPRESS9	.5333	.5713	30.0
10. DEPRES10	.3000	.4661	30.0
11. DEPRES11	.3667	.6687	30.0
12. DEPRES12	1.0333	.4138	30.0
13. DEPRES13	.8000	.6103	30.0
14. DEPRES14	.7333	.7397	30.0
15. DEPRES15	1.3667	.5561	30.0
16. DEPRES16	.4000	.5632	30.0
17. DEPRES17	.9333	.6397	30.0
18. DEPRES18	1.0000	.2626	30.0

Correlation matrix

	Dep1	Dep2	Dep3	Dep4	Dep5	Dep6	Dep7	Dep8	Dep9	Dep10
Dep1	1.00									
Dep2	.291	1.00								
Dep3	-.098	.310	1.00							
Dep4	.416	.739	.216	1.00						
Dep5	.556	.184	.031	.188	1.00					
Dep6	-.178	-.046	.536	.056	-.113	1.00				
Dep7	.098	.228	.286	.324	-.008	.351	1.00			
Dep8	-.230	.067	.397	.126	.100	.670	.449	1.00		
Dep9	.305	.340	.460	.288	.214	.427	.539	.436	1.00	
Dep10	.241	.359	.408	.529	.076	.408	.408	.375	.414	1.00

	Dep1	Dep2	Dep3	Dep4	Dep5	Dep6	Dep7	Dep8	Dep9	Dep10
Dep11	.354	-.003	.257	.123	.153	.328	.291	.293	.374	.520
Dep12	-.030	.095	.307	-.066	.152	.504	.252	.409	.360	.304
Dep13	.368	.528	.089	.718	.155	.023	.423	.026	.316	.339
Dep14	.236	.078	.098	.222	.197	.406	.527	.315	.348	.440
Dep15	.426	.665	.065	.640	.397	.080	.228	.209	.232	.492
Dep16	.398	.176	.290	.194	.294	.075	.169	.085	.171	.447
Dep17	.390	.653	.028	.428	.265	-.323	.205	-.033	.195	.185
Dep18	.000	.000	.518	.000	.000	.536	.259	.605	.460	.282

	Dep11	Dep12	Dep13	Dep14	Dep15	Dep16	Dep17	Dep18
Dep11	1.00							
Dep12	.453	1.00						
Dep13	.101	.027	1.00					
Dep14	.414	.368	.107	1.00				
Dep15	.090	.245	.630	.246	1.00			
Dep16	.513	.237	.140	.099	.286	1.00		
Dep17	-.183	-.122	.406	.107	.556	.172	1.00	
Dep18	.393	.317	-.215	.355	.000	.000	.000	1.00

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	11.9333	28.2023	5.3106	18

Item-total Statistics

	Scale	Scale	Corrected		
	Mean	Variance	Item-	Squared	Alpha
	if Item	if Item	Total	Multiple	if Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation	Deleted
DEPRESS1	11.7667	25.9782	.4279	.	.8508
DEPRESS2	11.5667	24.9437	.5310	.	.8461
DEPRESS3	11.8000	25.8207	.4119	.	.8514
DEPRESS4	11.4333	24.1851	.5846	.	.8432
DEPRESS5	11.0000	26.0000	.3130	.	.8562
DEPRESS6	10.9000	26.1621	.3590	.	.8534
DEPRESS7	11.4667	25.1540	.5483	.	.8458
DEPRESS8	11.0667	26.1333	.4236	.	.8511
DEPRESS9	11.4000	24.3862	.6184	.	.8419
DEPRES10	11.6333	24.7920	.6879	.	.8409
DEPRES11	11.5667	24.7368	.4538	.	.8503
DEPRES12	10.9000	26.3690	.3911	.	.8523
DEPRES13	11.1333	24.8782	.4849	.	.8483
DEPRES14	11.2000	24.2345	.4697	.	.8502
DEPRES15	10.5667	24.4609	.6240	.	.8419
DEPRES16	11.5333	25.5678	.4068	.	.8518
DEPRES17	11.0000	25.6552	.3299	.	.8563
DEPRES18	10.9333	27.1678	.3527	.	.8545

Reliability Coefficients 18 items

Alpha = .8565 Standardized item alpha = .8610

ค่าความเที่ยงของแบบวัดความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์

	Mean	Std Dev	Cases
1. SK1	.6667	.4795	30.0
2. SK2	.6000	.4983	30.0
3. SK3	.7000	.4661	30.0
4. SK4	.5000	.5085	30.0
5. SK5	.2333	.4302	30.0
6. SK6	.7000	.4661	30.0
7. SK7	.4000	.4983	30.0
8. SK8	.5333	.5074	30.0
9. SK9	.8333	.3790	30.0
10. SK10	.5333	.5074	30.0
11. SK11	.8667	.3457	30.0
12. SK12	.4333	.5040	30.0
13. SK13	.7000	.4661	30.0
14. SK14	.4000	.4983	30.0
15. SK15	.6000	.4983	30.0
16. SK16	.4333	.5040	30.0
17. SK17	.7667	.4302	30.0

Correlation matrix

	SK1	SK2	SK3	SK4	SK5	SK6	SK7	SK8	SK9	SK10
SK1	1.00									
SK2	.433	1.00								
SK3	.154	.356	1.00							
SK4	-.141	.000	.364	1.00						
SK5	.223	.290	.189	-.079	1.00					
SK6	.000	.208	-.111	.218	.189	1.00				
SK7	.144	.250	-.059	.136	.193	.089	1.00			
SK8	.047	.191	-.029	.267	.042	-.029	.491	1.00		
SK9	.063	.183	-.098	-.268	-.176	-.098	.183	.120	1.00	
SK10	.189	.464	.262	.134	.200	.262	.218	.196	-.060	1.00

	SK1	SK2	SK3	SK4	SK5	SK6	SK7	SK8	SK9	SK10
SK11	.347	.280	-.043	-.196	.216	.171	.320	.026	.351	-.170
SK12	-.095	.165	.132	.202	-.005	.132	.110	-.261	.391	.009
SK13	-.309	.059	-.111	.218	.017	.206	.238	.117	.293	-.029
SK14	.144	.111	.238	.136	.354	.089	.306	.082	.183	.218
SK15	.144	.167	.059	.000	.129	-.089	-.167	-.218	.365	-.082
SK16	.190	.439	.132	.067	.154	.132	.247	.279	.391	.413
SK17	.279	.676	.327	.079	.304	-.017	-.032	.116	.176	.116

	SK11	SK12	SK13	SK14	SK15	SK16	SK17
SK11	1.00						
SK12	.343	1.00					
SK13	.171	.426	1.00				
SK14	.120	-.027	.089	1.00			
SK15	.080	.439	.356	-.028	1.00		
SK16	.343	.457	.426	.110	.439	1.00	
SK17	.247	.164	.155	-.032	.515	.482	1.00

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	9.9000	12.8517	3.5849	17

Item-total Statistics

	Scale	Scale	Corrected		
	Mean	Variance	Item-	Squared	Alpha
	if Item	if Item	Total	Multiple	if Item
	Deleted	Deleted	Correlation	Correlation	Deleted
SK1	9.2333	11.8402	.2369	.	.7460
SK2	9.3000	10.6310	.6070	.	.7113
SK3	9.2000	11.8207	.2539	.	.7443
SK4	9.4000	11.9724	.1764	.	.7521
SK5	9.6667	11.7471	.3118	.	.7394
SK6	9.2000	12.0276	.1877	.	.7498
SK7	9.5000	11.3621	.3696	.	.7342
SK8	9.3667	11.8954	.1997	.	.7499
SK9	9.0667	11.9954	.2714	.	.7425
SK10	9.3667	11.4126	.3447	.	.7365
SK11	9.0333	11.8954	.3509	.	.7376
SK12	9.4667	11.4299	.3427	.	.7367
SK13	9.2000	11.6138	.3213	.	.7386
SK14	9.5000	11.6379	.2840	.	.7421
SK15	9.3000	11.6655	.2756	.	.7429
SK16	9.4667	10.3954	.6776	.	.7039
SK17	9.1333	11.2230	.5009	.	.7241

Reliability Coefficients 17 items

Alpha = .7492 Standardized item alpha = .7510

ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสื่อสารทางเพศกับคู่อุปการ

	Mean	Std Dev	Cases
1. SEXCOM1	2.7333	.6915	30.0
2. SEXCOM2	2.5667	.6261	30.0
3. SEXCOM3	2.4667	.5074	30.0
4. SEXCOM4	2.8000	.6644	30.0
5. SEXCOM5	2.3667	.4901	30.0
6. SEXCOM6	2.3667	.4901	30.0
7. SEXCOM7	1.9333	.7397	30.0
8. SEXCOM8	2.5333	1.3578	30.0
9. SEXCOM9	2.2000	.6644	30.0
10. SEXCOM10	1.6333	.6149	30.0

Correlation matrix

	Com1	Com2	Com3	Com4	Com5	Com6	Com7	Com8	Com9	Com10
Com1	1.00									
Com2	.281	1.00								
Com3	.269	.441	1.00							
Com4	.555	.365	.389	1.00						
Com5	.197	.311	.397	.233	1.00					
Com6	.400	.311	.259	.339	.139	1.00				
Com7	.638	.382	.178	.814	.070	.450	1.00			
Com8	.744	.281	.477	.581	.421	.370	.552	1.00		
Com9	.570	.050	.020	.641	.085	.297	.660	.489	1.00	
Com10	.735	.200	.346	.574	.233	.461	.551	.862	.608	1.00

N of Cases = 30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	23.6000	23.9034	4.8891	10

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
SEXCOM1	20.8667	18.8782	.7567	.6634	.8401
SEXCOM2	21.0333	21.2747	.3873	.3938	.8676
SEXCOM3	21.1333	21.5678	.4409	.5005	.8641
SEXCOM4	20.8000	19.1310	.7452	.7734	.8417
SEXCOM5	21.2333	22.1161	.3356	.3757	.8697
SEXCOM6	21.2333	21.4954	.4770	.3563	.8623
SEXCOM7	21.6667	18.7816	.7135	.8079	.8427
SEXCOM8	21.0667	13.9954	.7938	.8499	.8504
SEXCOM9	21.4000	20.0414	.5751	.6320	.8545
SEXCOM10	21.9667	19.2057	.8014	.8297	.8391

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .8666 Standardized item alpha = .8719

ตาราง ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนกิจกรรมทางเพศจำแนกตามรายชื่อ (n = 143)

ข้อความ	\bar{X}	SD
1. คุณและคู่ครองมีการเล่าโลมก่อนการมีเพศสัมพันธ์	0.66	0.52
2. คุณมีอาการทางเพศมากขึ้นเวลาที่ถูกล่าโลม	0.41	0.52
3. คุณถึงจุดสุดยอดเวลาที่มีเพศสัมพันธ์	0.41	0.49
4. คุณและคู่ครองมีการพูดคุย หรือ โอบกอดแสดงความ รัก ความผูกพันกันภายหลังการมีเพศสัมพันธ์	0.48	0.50

ตาราง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนอัตมโนทัศน์ทางเพศจำแนกตามรายชื่อ (n = 143)

ข้อความ	\bar{X}	SD
ด้านความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์		
1.ฉันรู้สึกพึงพอใจกับความต้องการทางเพศของฉัน	3.82	0.48
2.ฉันพึงพอใจกับการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์จากคู่อุปการของฉัน	3.47	0.64
3.การมีกิจกรรมทางเพศกับคู่อุปการสร้างความพึงพอใจแก่ฉัน	3.24	0.64
ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีเพศสัมพันธ์		
4.ฉันสามารถที่จะตอบสนองความต้องการทางเพศที่ฉันต้องการได้	3.50	0.66
5.ฉันมีความสามารถมากพอที่จะทำให้ความต้องการทางเพศของฉันได้รับการตอบสนอง	3.40	0.65
6.ฉันสามารถที่จะทำกิจกรรมทางเพศกับคู่อุปการที่สร้างความสุขให้กับฉันได้	3.12	0.62
7.ฉันสามารถที่จะจัดการกับความต้องการทางเพศของฉันเองได้	3.66	0.60
ด้านความวิตกกังวลในการมีเพศสัมพันธ์		
8.ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่จะมีกิจกรรมทางเพศ	3.24	0.85
9.ฉันรู้สึกกักตักลุ่มใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	2.69	0.64
10.บ่อยครั้งที่การคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉันทำให้ฉันรู้สึกไม่สบายใจ	3.25	0.83
11.ฉันรู้สึกเครียดเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	2.59	0.66

ตาราง (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	SD
12.ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	2.58	0.69
ด้านภาวะซึมเศร้าในการมีเพศสัมพันธ์		
13.ฉันรู้สึกหดหู่เมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	2.44	0.64
14.ฉันรู้สึกผิดหวังกับสมรรถภาพในการมีเพศสัมพันธ์ของฉัน	3.15	0.80
15.ฉันรู้สึกหมดกำลังใจเมื่อคิดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ของฉัน	2.62	0.69
16.ฉันรู้สึกเป็นคนไร้สมรรถภาพทางเพศ	3.10	0.80
17.ฉันรู้สึกเศร้าเมื่อคิดถึงประสบการณ์ทางเพศภายหลังจากเป็นโรคหัวใจ	2.46	0.63

ตาราง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า จำแนกตามราย
ข้อ (n = 143)

ข้อคำถาม	\bar{X}	SD
1. ท่านรู้สึกเศร้าหรือไม่	0.20	0.45
2. ท่านรู้สึกท้อแท้เกี่ยวกับอนาคตหรือไม่	0.35	0.55
3. ท่านรู้สึกว่าท่านมีความล้มเหลวในชีวิตหรือไม่	0.10	0.38
4. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณยังรู้สึกสนุกสนานอยู่หรือไม่	0.56	0.59
5. ท่านมีความรู้สึกว่าท่านผิดหรือมีบาปในใจหรือไม่	0.85	0.59
6. ท่านรู้สึกว่าท่านถูกระงับหรือถูกลดทอนหรือไม่	1.01	0.58
7. ท่านรู้สึกผิดหวังหรือเกลียดชังตนเองหรือไม่	0.38	0.49
8. ท่านคิดว่าตนเองเป็นคนที่ชอบโทษตัวเอง	0.89	0.38
9. ท่านรู้สึกหงุดหงิดมากกว่าเดิมหรือไม่	0.55	0.62
10. ท่านยังมีความสนใจคนรอบข้างหรือไม่	0.38	0.49
11. ท่านสามารถตัดสินใจเรื่องต่างๆ ได้ดีเหมือนเดิม	0.33	0.54
12. ท่านรู้สึกว่ารู้สึกตนเองแปลกใหม่	0.79	0.50
13. ท่านยังทำงานได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่	0.83	0.71
14. ท่านนอนหลับดีหรือไม่	0.72	0.65

ตาราง (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	SD
15. ท่านรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าแต่ก่อนหรือไม่	1.24	0.53
16. ท่านรับประทานอาหารได้ดีเหมือนเดิมหรือไม่	0.36	0.50
17. ท่านรู้สึกว่าอาการบวมมีผลต่อรูปร่างหน้าตาของท่านหรือไม่	0.79	0.46
18. ขณะนี้ท่านรู้สึกกังวลกับการเจ็บป่วยของท่านมากน้อยเพียงใด	0.95	0.34

ตาราง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์
จำแนกตามรายชื่อ (n = 143)

ข้อความ	\bar{X}	SD
1.สัญญาณอันตรายที่ต้องแจ้งแพทย์ทราบ ได้แก่ เจ็บหน้าอก หายใจเร็ว หรือหัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นนานมากกว่า 15 นาที ภายหลังมีเพศสัมพันธ์	0.70	0.46
2.การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์จะช่วยให้คุณผ่อนคลายและช่วยให้มีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น	0.62	0.49
3.การรักษาความดันโลหิตสูง ภาวะวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าบางชนิดมีผลกระทบต่อการใช้เพศสัมพันธ์	0.69	0.46
4.อาการใจสั่นหลังการมีเพศสัมพันธ์นานมากกว่า 15 นาทีถือเป็นเรื่องปกติ	0.57	0.50
5.ภายหลังอาการหัวใจกำเริบ โดยทั่วไปสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติภายในเวลา 2-3 สัปดาห์	0.25	0.44
6.ควรนอนพักให้เพียงพอก่อนการมีเพศสัมพันธ์	0.50	0.50
7.การใช้ปากเป็นอันตรายต่อหัวใจมากกว่าการร่วมเพศโดยตรง	0.42	0.50
8.คุณควรใช้ทำปกติในการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ทำที่สบายๆ ไม่ทำให้คุณรู้สึกเหนื่อย	0.50	0.50
9.คุณควรหยุดใช้ยาโรคหัวใจทันทีเมื่อคุณคิดว่ายาามีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์	0.84	0.37

ตาราง (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	SD
10.ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้บ่อยๆ หลังเกิดอาการโรคหัวใจกำเริบ	0.54	0.50
11.การมีเพศสัมพันธ์ทำให้การหายใจ การเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น	0.87	0.34
12.การเล้าโลมก่อนการมีเพศสัมพันธ์จะช่วยให้ผ่อนคลายและลดความเครียดให้กับหัวใจของคุณ	0.46	0.50
13.หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ควรพยายามได้ลิ้นและนอนพัก	0.70	0.46
14.การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักสามารถทำได้เหมือนการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดเนื่องจากมีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจน้อยกว่า	0.43	0.50
15.หลังมีเพศสัมพันธ์หากมีอาการนอนไม่หลับหรืออ่อนเพลียมากถือเป็นเรื่องปกติในผู้ป่วยโรคหัวใจ	0.64	0.48
16.ภายหลังจากรับประทานอาหาร ควรพักอย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง ก่อนจะมีเพศสัมพันธ์	0.48	0.50
17.หลังพยายามได้ลิ้น ครั้งละ 1 เม็ด ห่างกันทุก 5 นาที จนครบ 2 เม็ด แล้วอาการเจ็บแน่นหน้าอกไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์	0.83	0.38

ตาราง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับคะแนนการสื่อสารทางเพศกับ
คู่ครอง จำแนกตามรายชื่อ (n = 143)

ข้อความ	\bar{X}	SD
1.ฉันสามารถแสดงความต้องการทางเพศให้คู่ครองรับรู้ได้	2.75	0.68
2.ฉันและคู่ครองพูดคุยเพื่อช่วยกันหาทางแก้ปัญหาทางเพศที่มี	2.34	0.62
3.ฉันหาคำพูดเพื่อสื่อถึงความคิดในเรื่องเพศสัมพันธ์ให้คู่ครองทราบ ได้เป็นอย่างดี	2.47	0.53
4.ฉันสามารถพูดคุยกับคู่ครองถึงเรื่องเพศได้อย่างเต็มที่	2.57	0.63
5.ฉันจะบอกให้คู่ครองทราบ หากเขาไม่สนใจความรู้สึกหรือความ ต้องการทางเพศของฉัน	2.03	0.58
6.ฉันสามารถบอกปฏิเสธคู่ครองได้ เมื่อนั้น ไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์	1.99	0.52
7.ฉันกล้าถามคู่ครองถึงสิ่งที่เขาชอบให้ฉันทำขณะมีเพศสัมพันธ์	2.16	0.78
8.ฉันกล้าเป็นผู้เริ่มต้นในการมีเพศสัมพันธ์	2.59	1.15
9.ฉันเล่าให้คู่ครองฟังได้โดยไม่ขัดเขินถึงจินตนาการทางเพศที่ฉันมี ต่อเขา	2.20	0.62
10.ฉันกล้าบอกคู่ครองให้เปลี่ยนบรรยากาศหรือสถานที่ในการมี เพศสัมพันธ์	1.69	0.69

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อคติทัศนคติทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารทางเพศกับคู่ออกกับกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายในรูปแบบของเมตริกสหสัมพันธ์ (Correlation matrix) (n = 143)

	Self-con	Depression	Knowledge	Commu	Sex act
Self-con	1				
Depression	-.681**	1			
Knowledge	.111	-.180*	1		
Commu	.665**	-.481**	.133	1	
Sex act	.780**	-.567**	.159*	.695**	1

**p < .01, *p < .05

จากตาราง พบว่า ตัวแปรทำนายคู่ที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ อคติทัศนคติทางเพศกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.681$, $p < .01$) รองลงมา คือ อคติทัศนคติทางเพศกับการสื่อสารทางเพศกับคู่ออก ($r = .665$, $p < .01$) เมื่อใช้เกณฑ์การพิจารณาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น คือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่มีค่ามากกว่า 0.65 (Burns and Grove, 2001) แสดงว่าตัวแปรทำนายคู่ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันสูงจนทำให้เกิดปัญหา Multicollinearity ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ แต่การหาความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายวิธีนี้มีจุดอ่อนคือ ถ้าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีจำนวนมากกว่า 2 ตัวขึ้นไป โอกาสที่จะเกิดปัญหา Multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระยังมีมากขึ้น (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพิจารณาวิธีการตรวจสอบ Multicollinearity โดยพิจารณาค่า Tolerance และค่า VIF

ตาราง ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

Model	R	R ²	Adj. R ²	R ² Change	F Change	p-value
1	.780	.608	.605	.608	218.733	.000
2	.815	.664	.659	.056	138.169	.000
3	.816	.665	.658	.001	92.032	.447
4	.817	.668	.658	.003	69.29	.314

จากตารางผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น พบว่า ลำดับขั้นที่ 1 อັตมโนทัศน์ทางเพศกับกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ การทำนาย เท่ากับ .608 ($R^2 = .608$)

ลำดับขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรการทำนายการสื่อสารทางเพศกับคู่ครองเข้ามาในสมการทำนายค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .664 ($R^2 = .664$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลำดับขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวแปรการทำนายภาวะซึมเศร้าเข้ามาในสมการทำนาย ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .665 ($R^2 = .665$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ลำดับขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวแปรการทำนายความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์เข้ามาในสมการทำนายค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .668 ($R^2 = .668$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แสดงว่าตัวแปรทำนายทั้งหมด ได้แก่ อັตมโนทัศน์ทางเพศ การสื่อสารทางเพศกับคู่ครอง ภาวะซึมเศร้า และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 66.8 ($R^2 = .668$)

ตาราง ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (β) และแสดงสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ในการทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคัดเลือก ตัวแปรแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression Analysis)

Model	F	p-value	b	β	t	p-value	Tolerance	VIF
1(constant)			-6.441		-11.215	.000		
Concept	218.773	.000	.150	.780	14.790	.000	1.000	1.000
2(constant)			-6.635		-12.394	.000		
Concept			.109	.570	8.680	.000	.558	1.793
Commu	138.169	.000	.108	.316	4.815	.000	.558	1.793
3(constant)			-6.067		-6.610	.000		
Concept			.103	.536	6.809	.000	.388	2.577
Commu			.107	.313	4.763	.000	.556	1.798
Depression	92.032	.000	-.017	-.051	-.763	.447	.535	1.869
4(constant)			-6.351		-6.617	.000		
Concept			.104	.541	6.853	.000	.387	2.584
Commu			.105	.309	4.676	.000	.553	1.807
Depression			-.014	-.042	-.614	.540	.525	1.906
Knowledge	69.290	.000	.024	.051	1.011	.314	.962	1.039

จากตาราง เมื่อพิจารณาค่า Tolerance ซึ่งเป็นการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกัน Tolerance มีค่า 0-1 ยิ่งค่าเข้าใกล้ 0 แสดงว่าตัวแปรอิสระ (ตัวแปรทำนาย) มีความสัมพันธ์กับ ตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยปกติค่า Tolerance ที่ต่ำกว่า 0.1 แสดงว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กัน

สูง หรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity และพิจารณาค่า Variance Inflation Factor (VIF) ซึ่งเป็น การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันอีกวิธี ค่า VIF ยังมีค่ามาก (มากกว่า 10) แสดง ว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันสูง หรือมีลักษณะเป็น Multicollinearity (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) จากตารางพบว่า ค่า Tolerance และ ค่า VIF มีค่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้

เมื่อพิจารณาค่า Significance ของสถิติทดสอบ F ของแต่ละ Model ในตาราง พบว่า มีค่า น้อยกว่า .05 ทุก Model นั้นหมายความว่า ตัวแปรทำนายแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทาง เพศของกลุ่มตัวอย่างในรูปแบบเชิงเส้น (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2553) ดังนั้น สรุปได้ว่า ตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจาก Model ที่ 4 พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีน้ำหนักมากที่สุด คือ อัดมโนทัศน์ทางเพศ ($\beta = .541$) รองลงมา คือ การสื่อสารทางเพศกับคูครอง ($\beta = .309$) ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ($\beta = .051$) และสุดท้ายคือ ภาวะซึมเศร้า ($\beta = -.042$) โดยตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ อัดมโนทัศน์ทางเพศ การสื่อสาร ทางเพศกับคูครอง ภาวะซึมเศร้า และความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทาง เพศของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 66.8 ($R^2 = .668$) โดยอัดมโนทัศน์ทางเพศ และการสื่อสารทางเพศ กับคูครองสามารถร่วมกันทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนภาวะซึมเศร้า และ ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมกันทำนายได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวประภาพร ดองโพธิ์ เกิดวันที่ 5 เมษายน 2519 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี พ.ศ. 2541 และประกาศนียบัตรหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ จังหวัดนนทบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2548 ปัจจุบันตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ