

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

นางสาวสมพร งามวิสัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน
พ.ศ. 2553
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

.....

นางสาวสมพร งามวิสัย

ผู้วิจัย

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D.

ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิณชูธีระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ ดร.ชวนชม ชินะตั้งกูร

กศ.บ., M.S., Ph.D.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิณชูธีระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง

วันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2553

.....

นางสาวสมพร งามวิสัย

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ ดร.ชวันชม ชินะตั้งกูร

กศ.บ., M.S., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์)

M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ ดร.ชวันชม ชินะตั้งกูร

กศ.บ., M.S., Ph.D.

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิญชีระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องด้วยผู้วิจัยได้รับความกรุณา ความช่วยเหลือ อย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิณชิระนันท์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชวนชม ชินะตั้งกูร ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ นพ. สมบุญ เหลืองวัฒนากิจ นพ.นรินทร์ ทองน้อย อาจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน อาจารย์สุชาดา เรืองรัตนอัมพร และ คุณอภิรักษ์ ชูวงษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาใน การตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ มูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑาทิพย์ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาล แห่งประเทศไทย ผู้ให้ทุนส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ สุปราณี แดงวงษ์ และอาจารย์วรินทร์ คำรงค์นุ่นวงศ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยตรวจสอบความเรียบร้อยของวิทยานิพนธ์ และให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก ที่อนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลและขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี วิทยานิพนธ์เรื่องนี้เสร็จสมบูรณ์ได้โดยได้รับความร่วมมือใน การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดีจากกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

ขอขอบคุณ พี่ น้อง เพื่อน นักศึกษาปริญญาโท หัวหน้างาน พี่ น้อง และ เพื่อนร่วมงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยพิเศษอายุ 45 ปี ที่เป็นกำลังใจ สนับสนุนและช่วยเหลือมาโดยตลอด

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ที่ทุกท่าน ที่ช่วยสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัย จนสำเร็จการศึกษา คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี ณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จนี้

512020 : การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง ; พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง)

คำสำคัญ : การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน/พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์/ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมพร งามวิสัย : ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้าน
เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

(Outcomes of the Self-efficacy Enhancement Program on Sexual Behavior of Patients with Coronary Artery Disease at Banpong Hospital in Ratchaburi Province.) คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้, Ph.D., รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิญชีระนันท์, M.S., 137 หน้า

พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถเสริมสร้างความสุขในชีวิตสมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์โดยผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test และ ANCOVA ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่ามากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่ามากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนนั้นพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนนั้นพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้ พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้นสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

512020 : MAJOR: Advanced Adult Nursing ; M.N.S. (Advanced Adult Nursing)

KEYWORD : SELF- EFFICACY / SEXUAL BEHAVIOR / PATIENTS WITH
CORONARY ARTERY DISEASE

Somporn Ngamvilai : Outcomes of the Self-efficacy Enhancement Program on Sexual Behavior of Patients with Coronary Artery Disease at Banpong Hospital in Ratchaburi Province. Thesis Advisors : Asst. Prof. Dr. Sakul Changmai, Ph.D., Assoc. Prof. Sompan Hinjiranan, M.S.,137 pages.

Appropriate sexual behavior is a health promoting behavior that enhances the happiness marriage of the coronary atery disease. The quasi-experimental study aimed at examining the effect of the self- efficacy enhancement program on sexual behavior of patients with coronary artery disease. Forty patients with coronary artery disease attending the Heart Clinic at Banpong Hospital in Ratchaburi Province. The subject were purposively selected and assigned equally in number, 20 cases, into experimental and control groups. Subject in the experimental groups received self- efficacy enhancement program provided by the researcher while those in the control group received routinely nursing care. The research instrument included the self-efficacy on sexual behavior enhancement program,which was developed by the researcher based on the Theory of Self- efficacy (Bandura, 1997). The data collection tool , included the Percived Self- efficacy on sexual behavior,and the sexual behavior Questionnaire. Data were analyzed by descriptive analysis t-test and ANCOVA. Results of this study revealed that:

1. The post-test mean scores of self- efficacy of the experimental group after participating in the Self- efficacy Enhancement Program were statistically significant higher than that before participating in the program,($p < 0.01$).

2. The post-test mean scores of sexual behavior of the experimental group after participating in the Self- efficacy Enhancement Program were statistically significant higher than that before participating in the program,($p < 0.01$).

3. The different mean scores of self- efficacy of the experimental group were statistically significant higher than those of the control group,($p < 0.01$).

4. The different mean scores of sexual behavior of the experimental group were statistically significant higher than those of the control group,($p < 0.01$).

The results of the study indicate that the self- efficacy enhancement program could improve sexual behavior in the patient with coronary atery disease. Therefore, the program could be used as a nursing care for this patient grouping in order to care for their sexual need.

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคหลอดเลือดหัวใจ	10
เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	20
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	38
โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
สถานที่ศึกษา.....	51
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	53
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	56
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	66
บทที่ 5 อภิปรายผล.....	87
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	96
บรรณานุกรม.....	100
ภาคผนวก	
ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	109
ข การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าการร่วมวิจัย.....	111
ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	118
ง ผลการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	126
จ ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA).....	133
ประวัติผู้วิจัย.....	137

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ	67
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....	68
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรค หลอดเลือดหัวใจ โรคร่วม ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ	69
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรง ของโรค การรักษาที่ได้.....	70
5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้าน เพศสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตน	71
6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการแปลผลคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของ กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน..	72
7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้าน เพศสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายชื่อ.....	73
8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายชื่อ.....	75
9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้าน เพศสัมพันธ์ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายชื่อ.....	77
10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายชื่อ.....	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน.....81
12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน82
13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน.....82
14	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน.....83
15	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน.....84
16	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน.....84
17	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน.....85
18	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน.....86

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล พฤติกรรม และ สภาพแวดล้อม	39
3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังใน ผลลัพธ์	40
4 แสดงรูปแบบความแตกต่างระหว่างความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน และความ คาดหวังในผลลัพธ์ที่มีต่อพฤติกรรม และสภาวะทางอารมณ์	42
5 ขั้นตอนในการดำเนินการเก็บข้อมูล	64

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆของประชากรทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและก่อให้เกิดการทุพพลภาพเป็นอันดับหนึ่ง (Falk & Fuster, 2001: 1065) และในปี 2002 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 71.3 ล้านคน พบโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 13.2 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 18.5 พบอัตราการตาย 910,614 คิดเป็นร้อยละ 37.3 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (American Heart Association, 2006: 3) สำหรับในประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ พ.ศ. 2549-2551 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคด้วยโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ร้อยละ 1.63, 2.76, และ 3.08 ตามลำดับ และมีอัตราการตายเฉลี่ยร้อยละ 13.41 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) และจากหน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พ.ศ. 2552 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากสถิติ พ.ศ. 2549 – 2551 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ร้อยละ 34.8, 36.3 และ 38.5 ตามลำดับ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดจากการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) ซึ่งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดงจนกระทั่งทำให้หลอดเลือดอุดตันจากการสะสมของคราบไขมัน (Plaques) และแคลเซียม (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552: 182) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ การมีอายุมากขึ้น และพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่เสี่ยง เช่น การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ความเครียด การบริโภคอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง โดยสภาพของหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงจาก บาง เรียบ และยืดหยุ่น เป็นขรุขระและ ตีบแคบ ในปัจจุบันมีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจหลายวิธี

ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือด และการผ่าตัด แต่การรักษาดังกล่าวไม่สามารถทำให้โรคหายขาดได้และพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องกลับมารักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ต้องผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft : CABG) ในกลุ่มที่ได้รับการทำ การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วย ลูกโป่งขนาดเล็ก (Percutaneous transluminal coronary angiography : PTCA) พบได้ถึงร้อยละ 5-10 และการตีบกลับซ้ำในเดือนที่ 6-9 ในผู้ป่วยที่ใส่ขดลวดตาข่าย (Stent) พบได้ถึงร้อยละ 15-20 (จิระศักดิ์ สิริชัยญานนท์, 2547: 2) แนวทางที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวคือผู้ป่วยควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์ (อรนุช เทียวสะอาด, 2544: 40)

เมื่อก้าวถึงโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยมักจะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีความกลัวว่าจะเกิดภาวะหัวใจวายขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ทำให้คนที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมักจะขาดความสุขในชีวิต กินไม่ได้ นอนไม่หลับ มีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ เฝ้ามแต่คิดว่าตนเป็นโรคหัวใจอยู่ตลอดเวลา มีความวิตกกังวลสูงและจิตใจห่อเหี่ยว ทำให้ความฟิตความกระปรี้กระเปร่าของร่างกายน้อยลง สมรรถภาพทุกอย่างจึงเสื่อมถอยลงไปรวมถึงสมรรถภาพทางเพศด้วย (ชนิดา เขียวธำรงสุข, 2543: 27)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศชายมีสมรรถภาพทางเพศลดลง ทุกข์ทรมานจากอวัยวะเพศไม่สามารถแข็งตัว และมีการตอบสนองทางเพศสัมพันธ์ลดลง ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศหญิงจะมีปัญหาอารมณ์ทางเพศลดลงและไม่ถึงจุดสุดยอดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ (Bente & Samara, 2006: 193) ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายลดลง ก่อให้เกิดภาวะเครียด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดและวิธีการแก้ไข จึงทำให้ผู้ป่วยลดความสนใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ประกอบกับผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาบางชนิดจะยับยั้งความต้องการทางเพศของผู้ป่วย อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยบางรายที่ผ่านการฟื้นฟูสภาพ และได้รับการยืนยันจากแพทย์ว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ เนื่องจากสภาพร่างกายอยู่ในระดับปกติแล้ว แต่ผู้ป่วยก็ยังไม่กล้าที่จะมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากความรู้สึกกลัว โดยเฉพาะกลัวเกิดอาการเหนื่อย กลัวการเจ็บหน้าอกและกลัวตายขณะมีเพศสัมพันธ์ (Steinke, 2005: 43) ส่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายบางรายเข้าใจว่าการปฏิบัติทางเพศเป็นสิ่งที่อันตราย จะทำให้หัวใจทำงานหนักนำไปสู่การเจ็บหน้าอกและการตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่เพิ่มขึ้น (Bodil & Bengt, 2009 : 330) ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาการปฏิบัติตนเมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็มักไม่กล้าซักถามแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อยู่ในวัยสูงอายุ

เนื่องจากคิดว่าการพูดเรื่องเพศสัมพันธ์จะทำให้ถูกมองว่าเป็นคนเสื่อมศีลธรรมหรือพูดในสิ่งที่ไม่ควรพูด

จากการศึกษาของวินิตย์ หลงละเลิง (2546: 82) ถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 73.33 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 เป็นที่น่าสังเกตว่า จากการศึกษาของอภิรักษ์ ชูวงษ์ (2550: 55) ถึงการรับรู้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ความรู้การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการพยาบาลไม่ได้สอนผู้ป่วยในเรื่องเพศสัมพันธ์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และจากการศึกษาของวารางคณา อุไรวงษ์ (2550: 84) ศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพของครอบครัวโรคหลอดเลือดหัวใจตีบพบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์อาจเป็นสาเหตุการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ส่วนหนึ่งคิดว่าตนเองอายุมากจึงไม่ได้คิดว่าเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับชีวิต และเกิดความกลัวเพราะจะทำให้เกิดอาการหัวใจวายและตายได้ในขณะมีเพศสัมพันธ์โดยการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ สื่อต่างๆ โดยเฉพาะหนังสือพิมพ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจว่าเป็นกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

จะเห็นได้ว่า ปัญหาการขาดข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่ได้รับการแก้ไข ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคม ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมไทยเห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรพูด ไม่ควรเปิดเผย ซึ่งกลายเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วิชาชีพแพทย์และพยาบาลลำบากใจในการให้คำแนะนำปัญหาทางเพศ หรือความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งจะเห็นได้ว่าหลักสูตรการศึกษาโดยส่วนใหญ่ให้แนวคิดหรือเนื้อหาทางเพศสัมพันธ์น้อย จึงทำให้แพทย์และพยาบาลขาดความเข้าใจ ขาดแนวทางการให้ความรู้ที่แท้จริงในการแนะนำผู้ป่วย นำไปสู่การขาดความตระหนักในปัญหาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย ซึ่งกลับกลายเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล ความกลัว พฤติกรรมทางเพศที่ถดถอยหรือหยุดการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาชีวิตด้านเพศสัมพันธ์ ปัญหาครอบครัว ตามมาเป็นลูกโซ่ในที่สุด

การมีภาวะสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนา สุขภาพที่ดีเกิดขึ้นได้จากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้นต้องเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยแบนดูรา (Bandura ,1997: 80) กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดได้ บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดขึ้นเสียก่อน

ซึ่งการส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ได้นั้นสามารถกระทำได้ โดยใช้แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ แหล่งสนับสนุนที่ 1 เป็นการสนับสนุนจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของบุคคลที่สามารถกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วเกิดผลสำเร็จ ผลสำเร็จจากการกระทำดังกล่าวจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น การสนับสนุนจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเองจะมีอิทธิพลมากที่สุดต่อการเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการกระทำพฤติกรรมที่ยากต่อไป แหล่งสนับสนุนที่ 2 เป็นการสนับสนุนจากการได้สังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตจากประสบการณ์จากตัวแบบที่มีสภาพคล้ายคลึงกับตนที่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ตัวแบบประกอบด้วยตัวแบบที่มีชีวิต (Live model) และตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) ตัวแบบดังกล่าวจะส่งเสริมให้ผู้ปวยเกิดการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่กระทำพฤติกรรมนั้นได้เช่นเดียวกับตัวแบบ แหล่งสนับสนุนที่ 3 การสนับสนุนโดยการชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการพูดให้กำลังใจการชมเชยหรือการพูดชักจูงจากบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ปวยตระหนักถึงสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และ แหล่งสนับสนุนที่ 4 การสนับสนุนด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) สภาวะด้านสรีระและอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดสมรรถนะแห่งตน บุคคลที่มีการแสดงออกว่าร่างกายทำหน้าที่ไม่ปกติ จะส่งผลกระทบทำให้สมรรถนะแห่งตนลดลงและส่งผลกระทบต่อสภาวะด้านอารมณ์ ก่อให้เกิดความเครียดได้นอกจากนี้ สภาวะทางด้านอารมณ์อื่นๆ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ก็จะมีผลทำให้เกิดสมรรถนะแห่งตนต่ำลงได้เช่นกัน ทำให้ผู้ปวยขาดความมั่นใจที่จะกระทำหรือหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ปวยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการผ่อนคลายความเครียดและมีการเตรียมความพร้อมด้านสภาพร่างกาย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการเกิดพฤติกรรมพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้ที่มีอำนาจในการทำนายที่ดีถึงแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาของมีแลนซ์ แมคแลนและลารัม (Melanc, Macland & Laerum, 1999: 112) ศึกษาถึงความสำคัญของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงในผู้ปวยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทำการศึกษาเชิงเปรียบเทียบถึงวิธีการให้การพยาบาลผู้ปวยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช เขียวสะอาด (2544: 100) ศึกษาถึงผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม

สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ซึ่งรวมถึง พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ด้วย ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้

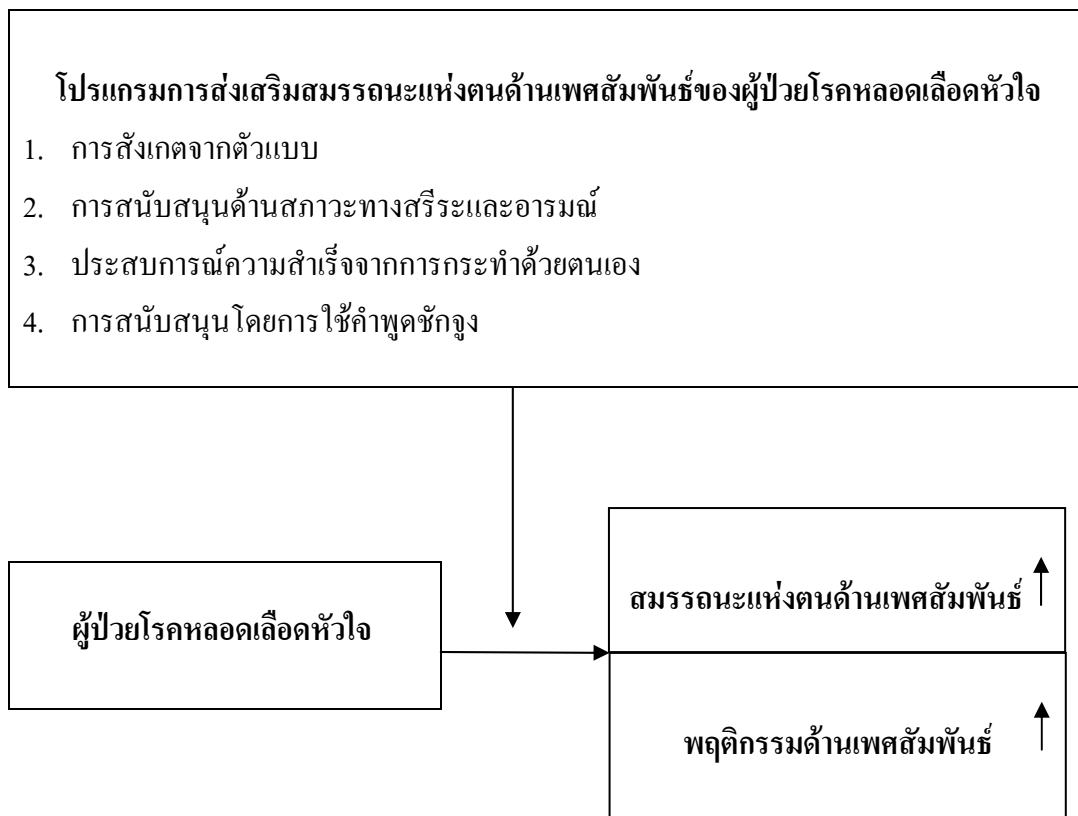
ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น เพื่อชะลอหรือบรรเทาความรุนแรงของโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลลัพธ์ของ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสมได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งอธิบายได้ว่าสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นความเชื่อของบุคคลถึงความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีการรับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะแห่งตนเกิดขึ้นก่อน จึงจะลงมือกระทำพฤติกรรมนั้นได้ เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง จะเกิดเป็นแรงจูงใจให้พยายามปฏิบัติจนประสบความสำเร็จ

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อพัฒนาให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นด้วยวิธีการสนับสนุนจาก 4 แหล่งข้อมูล ได้แก่ 1) การสังเกตจากตัวแบบ โดยการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วย ที่ประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านเพศสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดความคิดคล้ายคลึงตามว่าตนเอง มีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวนี้ได้เช่นเดียวกับตัวแบบ 2) การเตรียมความพร้อมของสภาวะทางด้านสรีระและอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนที่จะลงมือปฏิบัติตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยจะทำการซักประวัติ วัตถุประสงค์ ชีพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้พูดคุยถึงปัญหาในการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวล 3) การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำในพฤติกรรมการประเมินสภาวะร่างกายให้พร้อมก่อนการมี

เพศสัมพันธ์ โดยการฝึกจับชีพจรและการเดินเร็ว และ4) ให้การสนับสนุนโดยการใช้คำพูดชักจูง การชี้แนะ การให้คำแนะนำ การกระตุ้น การชมเชย และให้กำลังใจ ในขณะที่ผู้ป่วยทำการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมร่วมด้วย จากการสนับสนุนโดยใช้แหล่งข้อมูลครบทั้ง 4 แหล่ง จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามการวิจัย

การใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์จะเพิ่มสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์
2. เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์
4. เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองก่อนกับหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ มีความแตกต่างกัน
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน
3. คะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองก่อนกับหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์มีความแตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีระดับคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลก่อนและหลัง การทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม (Pretest-posttest control group design) ทำการศึกษาผล ของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2552 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ.2553

นิยามตัวแปร

สมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจที่จะควบคุม/ปฏิบัติกิจกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ให้เหมาะสมกับสภาพการ เจ็บป่วย โดยประเมินได้จากแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการประยุกต์จาก แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ อรณูช เขียวสะอาด (2544)

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัด กระทำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีแบบแผน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมี การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ได้ อย่างเหมาะสม โดยใช้แหล่งข้อมูลสนับสนุน 4 แหล่ง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ดังนี้ 1) การสังเกตจากตัวแบบ 2) การเตรียมความพร้อมของ สภาวะทางด้านสรีระและอารมณ์ 3) การจัดให้มีประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ ด้วยตนเอง 4) การใช้คำพูดชักจูง

พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ขณะมี เพศสัมพันธ์ และหลังการมีเพศสัมพันธ์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่การประเมินสภาพ ร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ การเตรียมความพร้อมของร่างกาย การเตรียมสถานที่ การเล้าโลม การใช้ท่าทางที่เหมาะสม การพูดคุยกับคนรัก การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้และการแก้ไข การปรึกษาปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์กับแพทย์/พยาบาล โดยประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรม ด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการประยุกต์แบบสอบถาม พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของ วินิตย์ หลงละเลิง (2546)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้น โรคที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง สถานภาพสมรสคู่ อายุระหว่าง 35 - 65 ปี มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 1 และระดับ 2 ได้รับการประเมินจากแพทย์โรคหัวใจว่ามีความพร้อมทางด้านร่างกาย สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้โดยไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวทางในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์
2. เพื่อให้ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทางสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการศึกษา หรือฝึกอบรมบุคลากรในหน่วยงาน ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์
3. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดอบรมให้กับผู้ป่วยหรือผู้ที่สนใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัย ในด้านการให้ความรู้หรือพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ทางด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคอื่นๆต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาในการทำวิจัยดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
4. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) หมายถึง โรคหัวใจที่เกิดจากการอุดตันการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดที่มีออกซิเจนไปเลี้ยงลดลง จึงเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งนำไปสู่การเต้นของหัวใจผิดปกติ (Cardiac dysrhythmia) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) หรือการเสียชีวิตกะทันหัน (สุจินดา ริมศรีทอง, 2546: 41)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

พยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีการเสื่อมแข็งของผนังหลอดเลือด (Coronary atherosclerotic) การดำเนินของโรคจะขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงและกรรมพันธุ์ของแต่ละบุคคลแต่ละตำแหน่งของหลอดเลือด แรกเริ่มสุดจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นในสุด (Intimal layer) ถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บเรื้อรัง ทำให้เซลล์บุชั้นใน

(Endothelial cell) ที่เรียบแยกออกจากกัน ไขมันเข้าไปพอกสะสมและหลั่งสารโมโนไซต์ (Monocyte) เข้าสู่ผนังหลอดเลือดแดงชั้น Subendothelium กลายเป็น Macrophage และไขมัน LDL ที่เข้าสู่ cell จะเปลี่ยนรูปร่างเป็น Foam cell ร่วมกับมีการผลิตสารอีกหลายชนิดจาก Endothelium และ Foam cell ทำให้เพิ่มการแบ่งตัว และกระตุ้นให้ Smooth muscle cell, Fibroblast เข้าสู่ชั้น Subendothelium กลายเป็น Fibrous plaque ที่มีขนาดโตขึ้นเรื่อยๆ ยื่นเข้าไปใน Lumen ของหลอดเลือดก็จะแคบเล็กลง เลือดไหลผ่านไม่สะดวก และมีปริมาณน้อยลง Fibrous plaque ที่ทำให้รัศมีรูหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตันเกินกว่าร้อยละ 70 (ปกติรัศมี 5 มิลลิเมตร) จะทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ซึ่งเป็นเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกาย (จิริยา ตันติธรรม, 2547: 278) ถ้ามีเลือดออกในคราบลิ้มไขมัน (Plaques) และมีการกระตุ้นให้เกิดเลือดพอกสะสม (Platelet aggregation) จนผนังหลอดเลือดแดงปริแตกกลายเป็นลิ่มเลือด (Thrombus formation) ซึ่งจะนำไปสู่การอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) (ปิยะมิตร ศรีธรา, 2546: 7)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นมักจะมีภาวะหลอดเลือดแข็งตัวเป็นสาเหตุนำไปในการเกิดการอุดตันของการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งขึ้นทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง ขาดความยืดหยุ่น ไม่สามารถขยายตัวได้ เกิดความไม่สมดุลของการไหลของเลือดแดงเลี้ยงหัวใจกับความต้องการเลือดเลี้ยงหัวใจ (Imbalance of myocardial supply and demand) ทำให้ออกซิเจนและสารอาหารที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ลดลง เมื่อเลือดแดงไหลมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจ มีออกซิเจนน้อย จะเกิดภาวะโรคหัวใจขาดเลือด โดยปกติเมื่อมีการอุดตันเนื่องจากการแข็งตัวของหลอดเลือดส่วนต้นของหลอดเลือดแดงเลี้ยงหัวใจ ความดันในส่วนปลายของหลอดเลือดนั้นจะลดลง แต่จะมีการพยายามเลี้ยงไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึงขั้นอันตราย โดยลดการดิ่งตัว (Decrease in resistance) และหลั่งสาร อดีโนซีน (Adenosine) เป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว อดีโนซีนจะมีมากขึ้นเมื่อเมตาบอลิซึม ของกล้ามเนื้อหัวใจสูงขึ้น หรือในภาวะที่มีเลือดมาเลี้ยงลดลง ซึ่งเป็นการควบคุมอัตโนมัติ (Auto-regulation) (จิริยา ตันติธรรม, 2547: 271)

อาการและอาการแสดงทางคลินิก

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจมีหรือไม่มีอาการแสดงก็ได้ ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ ระดับความรุนแรงของโรค ทั้งนี้จะมีอาการก็ต่อเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดที่มีออกซิเจนจากหลอดเลือดโคโรนารีไม่เพียงพอ ลักษณะอาการเป็นแบบแน่นอนๆ

ปวดๆ เหมือนถูกกดทับด้วยของหนักๆ ที่กลางอกหรืออกซ้ายและอาจมีอาการร้าวไปที่อื่นได้ อาการแสดงความรู้สึกไม่สุขสบายในทรวงอกเป็นอาการที่ได้จากการบอกลำบากของผู้ป่วย เรียกว่า แองไจน่า เพคโตริส (Angina pectoris) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อาการไม่สุขสบายดังกล่าวสามารถบรรเทาได้ด้วยการนอนพักหรืออมยาใต้ลิ้น แองไจน่า เพคโตริส มักเกิดขึ้นภายหลังออกแรง เช่น การเดินเร็ว เดินขึ้นทางสูงชัน ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มความต้องการในการใช้ออกซิเจน การได้นอนพักร่วมกับการอมยาใต้ลิ้นประมาณ 1-5 นาที จะสามารถบรรเทาและลดระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกได้ หากมีอาการนานกว่า 10 นาที อาจเป็นอาการของการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือเป็นอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น อาการในระบบทางเดินอาหาร (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 282-283)

การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

อาการสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยแต่ละคนทำกิจกรรมแตกต่างกันไป ผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือนอนพักก็มีอาการเจ็บหน้าอกย่อมมีความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายหนัก ๆ แล้วมีอาการ สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association, 1964 cited in Rasof & Gorbien, 1998 : 234) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ ดังนี้

ระดับที่ 1 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น การทำงาน ออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอก

ระดับที่ 2 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น กวาดบ้าน ธุบ้าน การเดินในระยะทางไกล ๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอก แต่จะมีอาการถ้ามีการออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น การวิ่ง การเดินขึ้นบันไดเร็ว ๆ เป็นต้น และจะกลับรู้สึกสบายดีเมื่อได้พักระยะหนึ่ง หลังจากนั้นก็สามารถทำกิจกรรมได้ต่อ

ระดับที่ 3 ทำกิจกรรมที่ออกแรง ได้เพียงเล็กน้อย เช่น กวาดบ้าน การเดิน ไปห้องน้ำ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก และจะรู้สึกสบายดีเมื่อได้หยุดพักหรืออยู่เฉย ๆ

ระดับที่ 4 ขณะพัก เช่น นอนหรือนั่งอยู่บนเตียงเฉย ๆ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอกและการออกแรงเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยมาก

ต่อมาสมาคมโรคหัวใจของแคนาดา ได้จำแนกความรุนแรงของโรคตามอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Canadian Cardiovascular Society, 1975 cited in Rasof & Gorbien, 1998: 238) โดยได้รับการยอมรับจากสมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ในระดับปกติ เช่น เดินหรือขึ้นบันได โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จะเกิดอาการเมื่อยทำงานอย่างหนักเป็นเวลานาน

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติเช่น เดินหรือขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว เดินหรือขึ้นบันไดหลังรับประทานอาหาร อากาศหนาวเกินไป ลมแรงเกินไป มีอารมณ์เครียด เดินมากกว่า 90 เมตรบนพื้นราบ และเดินขึ้นบันไดมากกว่า 1 ชั้นในภาวะปกติ จึงมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และถ้าได้พักระยะหนึ่งจะสามารถทำกิจกรรมต่อได้

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติอย่างชัดเจน เช่น เดิน 90-180 เมตรบนพื้นราบ และขึ้นบันได 1 ชั้นในภาวะปกติแล้วจะมีอาการเจ็บหน้าอก อาการไม่ดีขึ้นเมื่อพัก ต้องอมยาขยายหลอดเลือดได้จึงดีขึ้น

ระดับที่ 4 ไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะพัก

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดง จนทำให้หลอดเลือดแดงอุดตันจากการสะสมของไขมันและแคลเซียม มีสาเหตุจากหลายปัจจัยด้วยกัน สามารถจำแนกได้ 3 ประเภทดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

1.1 โรคเบาหวาน พบว่าภาวะคืออินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้คงที่ ระดับของน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น ถูกเปลี่ยนเป็นไกลโคเจนรวมทั้งไขมัน และเมื่อไขมันในกระแสเลือดเพิ่มมากขึ้น ก็ยังส่งผลในการเร่งการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ภาวะอ้วน ภาวะหลอดเลือดแข็งตัว เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีการกลับเป็นซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีอัตราการตายสูงกว่าคนที่ไม่เป็นโรค (Chyun, 2001:122)

1.2 ความดันโลหิตสูง เชื่อว่าเมื่อเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แรงดันที่เพิ่มขึ้นจะก่อให้เกิดแรงกระแทก ทำให้ผนังหลอดเลือดมีการฉีกขาด และเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี กระตุ้นให้ไขมันมาเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง (Fuster & Alexander, 2004: 117)

1.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโดยปกติระดับโคเลสเตอรอลในเลือดไม่ควรเกิน 250 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถ้ามีปริมาณของโคเลสเตอรอล (Total cholesterol) และไลโปโปรตีนชนิดมีความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein : LDL) ในเลือดสูง จะทำให้มีการตกตะกอนของไขมันไปเกาะอยู่ตามผนังหลอดเลือด ส่งผลให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลง มีลักษณะแข็งและเปราะ ประสิทธิภาพในการขยายตัวของหลอดเลือดลดลง เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ง่าย (Fuster & Alexander, 2004: 117)

1.4 การสูบบุหรี่ เนื่องจากสารคาร์บอนมอนอกไซด์และนิโคตินในบุหรี่ มีผลในการทำลายผนังหลอดเลือดที่หัวใจ โดยทำให้เกิดอนุมูลอิสระซึ่งทำปฏิกิริยาภายในร่างกายเพิ่มไขมันในหลอดเลือดที่มีความหนาแน่นต่ำ และลดไขมันในหลอดเลือดที่มีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein: HDL) การสูบบุหรี่ทำให้ได้รับสารเคมีหลายชนิดที่ทำอันตรายต่อเยื่อหลอดเลือด และกระตุ้นให้มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบ เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย อีกทั้งยังกระตุ้นให้มีการแตกตัวของไขมัน ทำให้โคเลสเตอรอลมาเกาะตัวที่ผนังของหลอดเลือดมากขึ้น และยังกระตุ้นให้หัวใจทำงานมากขึ้นด้วย (Fuster & Alexander, 2004: 118)

1.5 การขาดการออกกำลังกาย การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกาย จากการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ คือในหนึ่งสัปดาห์ หากออกกำลังกายอย่างน้อย 5 ครั้งๆ ละ 30 นาที จะสามารถช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (จริยา ตันติธรรม, 2547: 275)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้

2.1 อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างมาก พบว่ามีการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งอย่างชัดเจนเมื่ออายุ 65 ปี โดยเมื่อมีอายุมากขึ้น หลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมสภาพไปตามวัย จะมีลักษณะเปราะและแข็ง จึงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนและวัยสูงอายุ โดยความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (เสก ปัญญสังข์ และสุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2543: 53)

2.2 เพศ พบว่าในผู้ที่อายุต่ำกว่า 60 ปี เพศชายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่าเพศหญิง โดยเชื่อว่าฮอร์โมนเพศหญิงคือ ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีฤทธิ์ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป อุบัติการณ์การเกิดโรคระหว่างเพศชายและหญิง ไม่มีความแตกต่างกัน จากสถิติประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้หญิงวัยก่อน 60 ปีเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เพียง 1 ใน 17 ราย ในขณะที่ผู้ชายเป็น 1 ใน 5 ราย และเมื่ออายุมากกว่า 60 ปี อัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ไม่แตกต่างกัน (Fuster & Alexander, 2004: 119)

2.3 กรรมพันธุ์ พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ถึงแม้จะไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด แต่พบว่าบุคคลที่มีประวัติมีสมาชิกในครอบครัวเสียชีวิตกะทันหัน ด้วยอาการหัวใจวายเฉียบพลันแบบไม่ทราบสาเหตุ หรือมีบิดา มารดา มีระดับไขมันในเลือดสูงซึ่งเป็นแบบแผนการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ตั้งแต่อายุยังน้อย (Martinez & House-Francher, 2001: 42)

3. ปัจจัยอื่น ๆ ที่เชื่อว่ามีผลน้อยกว่าปัจจัยเสี่ยงหลัก ต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง ได้แก่

3.1 ภาวะเครียดและลักษณะบุคลิกภาพแบบเอ เนื่องจากภาวะเครียดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งอิพิเนฟรินจากต่อมหมวกไตส่วนใน ทำให้หัวใจเต้นเร็ว

3.2 ภาวะที่มีระดับของโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง (Hyperhomocysteinemia) เชื่อว่าระดับของโฮโมซิสเตอีน มีผลทำให้ระดับไขมันในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น และนอกจากนี้ยังทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดเกิดการอักเสบเพิ่มการสร้างลิ้มเลือดมาเกาะบริเวณชั้นในของหลอดเลือดทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น (Reeder, Magdic, Rodger & Hoffman, 2000: 82)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552: 205-206)

1. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmia) ที่พบบ่อยคือการเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่างซ้ายได้แก่ Premature ventricular contraction (PVC), Ventricular tachycardia (VT) Ventricular fibrillation (VF) เป็นต้น มีภาวะของหัวใจห้องบนขวาเต้นเร็วกว่าปกติ ร่วมกับการมีกล้ามเนื้อหัวใจตายขนาดใหญ่ เช่น Atrial flutter, Atrial fibrillation (AF)

2. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiac failure) ส่วนใหญ่เป็นหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว พบได้ร้อยละ 30-40 เกิดจากการบีบตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ส่วนภาวะหัวใจห้องล่างขวาล้มเหลว พบได้ร้อยละ 5-10 เกิดจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา อาการของหัวใจล้มเหลว คือ หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ และหายใจลำบาก

3. ภาวะช็อก (Cardiogenic shock) มักพบในผู้ป่วยที่มีปริมาณของกล้ามเนื้อหัวใจที่ทำงานมีประสิทธิภาพร้อยละ 40 ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ผู้ป่วยมีอาการซึมลง มือเท้าเย็น และปริมาณปัสสาวะลดลง เป็นต้น

4. การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Embolism) พบได้ทั้งการอุดตันของลิ่มเลือดในปอดและในระบบไหลเวียนเลือด มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวแทรกซ้อน ต้องนอนอยู่กับเตียงนาน ๆ หรือ การบีบตัวของหัวใจลดลงมาก โดยลิ่มเลือดที่อุดตันในระบบไหลเวียน พบได้ประมาณร้อยละ 0.6 - 6.4 เกิดจากลิ่มเลือดก่อตัวขึ้นในหัวใจห้องล่างซ้ายบริเวณที่เกิดการตายแล้วอาจหลุดไปที่สมอง ไต หลอดเลือดในช่องท้อง หลอดเลือดที่ขา หรือบริเวณอื่น ๆ ที่ว่างกาย

5. ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ พบได้ 2 ลักษณะคือ การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจเฉียบพลันระยะแรก พบได้ร้อยละ 6-11 มักเกิดในช่วงวันที่ 2 - 4 ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนถูกของแหลมทิ่มแทง (Sharp pain) เมื่อหายใจเข้าแรง ๆ หรือเวลานอนหงาย และอาจมีไข้ต่ำ ๆ ส่วนการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจในระยะหลังพบได้ร้อยละ 13 มักเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 2-11 หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

6. การทะลุของผนังกันหัวใจห้องล่างซ้าย (Rupture interventricular septum) พบได้ร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย และนอกจากนี้ยังพบภาวะกล้ามเนื้อยึดลิ้นหัวใจผิดปกติ (Rupture of papillary muscle) ได้ร้อยละ 1

แนวทางการรักษาและการควบคุมโรค

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจหรือโรคหัวใจขาดเลือด มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การระงับอาการเจ็บหน้าอก การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การรักษาสามารถทำได้หลายวิธีดังนี้

1. การรักษาโรคโดยการใช้ยา (Medical therapy)

การรักษาด้วยวิธีนี้มีจุดประสงค์ในการรักษา คือ ลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงโคโรนารีและออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ มักใช้ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (Stable angina pectoris) แบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้

1.1 ยากลุ่มไนเตรท (Nitrates) ฤทธิ์ของยา กลุ่มนี้ทำให้หลอดเลือดดำทั่วร่างกายขยายตัวและลดแรงต้านของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ทำให้เลือดดำไหลเข้าหัวใจลดลง ช่วยลดแรงดันในหัวใจห้องล่างซ้าย (Preload) เป็นการลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

(Myocardial oxygen demand) แต่อาจทำให้ความดันโลหิตลดลงจากการที่ยานี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหัวใจด้วย

1.2 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta blocker) เป็นยาที่ได้รับการยอมรับว่าใช้ได้ผลดีในการรักษาอาการเจ็บหน้าอก นอกจากนี้ยากลุ่มนี้ยังมีฤทธิ์ในการรักษาความดันโลหิตสูง รวมทั้งรักษาภาวะเต้นผิดปกติของหัวใจด้วย ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ที่บริเวณเบต้า-ออดรีโนรีเซพเตอร์ (Beta – adrenoreceptor) มีผลให้การเต้นของหัวใจช้าลง ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น และยังลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความดันโลหิตขณะออกกำลังกาย ชีพจรเพิ่มขึ้นไม่มาก ส่งผลให้การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ยาในกลุ่มนี้สามารถใช้ร่วมกับยากลุ่มไนเตรทได้โดยไม่มีปฏิกิริยาต่อกันยากลุ่มนี้ได้แก่ อทีโนลอล (Atenolol) โพรพานอลอล (Propranolol) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2546: 23)

1.3 ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel blockers) ออกฤทธิ์ยับยั้งการเคลื่อนผ่านของแคลเซียมไปยังเยื่อหุ้มภายในกล้ามเนื้อหัวใจ ช่วยลดการบีบตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจลดลงจากการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดไปยังหัวใจ ใช้ได้ผลดีในการลดอาการเจ็บหน้าอก ยากลุ่มนี้ เช่น เวนราพามิล (Verapamil) ดิลไทอาเซม (Diltiazem) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552: 194)

1.4 ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet aggregation) ออกฤทธิ์ยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด ยากลุ่มนี้ทำให้ลดการแข็งตัวของเลือดและอุดตันหลอดเลือดแดงบริเวณนั้น ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของกลุ่มอาการต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) กลุ่มอาการสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Ischemic stroke) หรือกลุ่มอาการหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันอย่างเฉียบพลัน (Acute arterial insufficiency) เป็นต้น ซึ่งยาต้านเกร็ดเลือดเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่แอสไพริน (Aspirin) โคลพิโดเกรล (Clopidogrel) อาการข้างเคียงของยา คือ ภาวะเลือดออกได้ง่ายกว่าปกติ (Bleeding) เม็ดเลือดแดงแตก บางกลุ่มอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำได้ (ปราณี ทัพไพเราะ, 2551: 84)

1.5 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการเกิดทรอมบิน (Thrombin) ในการกระตุ้นไฟบริโนเจน (Fibrinogen) ให้เป็นไฟบริน (Fibrin) และยับยั้งการกระตุ้น Factor 13 ไม่ให้เกิดลิ่มเลือด ซึ่งจะมีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดโรคลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำ (Deep vein thrombosis) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีอาการ

เจ็บหน้าอกแบบไม่แน่นอน (Unstable angina) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Heparin, Warfarin และในปัจจุบันมีการค้นพบ Low molecular weight heparin (LMWH) ซึ่งออกฤทธิ์ยับยั้ง Factor 13 มากกว่า ยับยั้ง Thrombin มีผลดีคือจะไม่ทำให้ค่า Bleeding time เพิ่มขึ้น ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Clexane, Enoxaparin (ปราณี ทัพไพเราะ, 2551: 84)

1.6 การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) ออกฤทธิ์โดยการเปลี่ยน เอนไซม์ พลาสมิโนเจนให้เป็นเอนไซม์ พลาสมิน ซึ่งทำหน้าที่ในการละลายลิ่มเลือดในร่างกายให้เป็น Fibrin degradation product (FDP) ใช้รักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน เพื่อเปิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีใหม่ ทำให้เลือดไหลเวียนอยู่ในระดับปกติถึงร้อยละ 60 ภายใน 60 นาที (Reperfusion therapy) ช่วยลดปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยจะขึ้นกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยากับเวลาที่เกิดอาการ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพควรได้รับยาภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้เช่น Streptokinase, rt-PA และ Urokinase (ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์, 2551: 65)

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา (Nonmedical therapy)

ในปัจจุบันมีด้วยกันหลายวิธี จุดมุ่งหมายโดยส่วนใหญ่ คือ ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำกัดขนาดกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย ลดอัตราป่วยและตาย และป้องกันการเกิดอุดตันของหลอดเลือดซ้ำอีก มีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งขนาดเล็ก (Percutaneous transluminal coronary angiography : PTCA)

2.2 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft : CABG)

2.3 การขยายหลอดเลือดโดยการเอาคราบไขมันออก (Coronary atherectomy)

2.4 การขยายหลอดเลือดโดยการใส่โครงตาข่าย (Coronary stents)

2.5 การขยายหลอดเลือดโดยการยิงแสงเลเซอร์ (Coronary laser angioplasty)

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

พฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงถึงศักยภาพของมนุษย์ (Pender, 1996: 115) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกายและการพักผ่อน การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และด้านเพศสัมพันธ์ ดังนี้

การจัดการกับความเครียด เป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องจัดการกับความเครียดเพื่อลดการทำงานของหัวใจ เนื่องจากภาวะเครียดเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ในชีวิตประจำวัน ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย โดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) เพิ่มขึ้น มีการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น มีผลทำให้เกิดการหดเกร็งตัวของหลอดเลือด ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (สุจินดา ริมศรีทอง, 2546: 45)

ด้านการออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ มีการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายโดยมีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ เช่น การเดินเร็ว การขี่จักรยาน และการรำมวยจีน เป็นต้น โดยควรมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 – 30 นาที การออกกำลังกายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง หัวใจมีการสูบฉีดเลือดในแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น และมีการซึมผ่านของออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อได้ดีขึ้น ลดการจับตัวของไขมันตามผนังหลอดเลือด ป้องกันการตีบแคบของหลอดเลือดแดง การออกกำลังกายยังช่วยเพิ่มความไวต่ออินซูลิน ช่วยลดระดับความดันโลหิต และลดดัชนีมวลกาย (BMI) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552: 182) นอกจากการออกกำลังกายที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังต้องมีการพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดไปกล้ามเนื้อหัวใจด้วย (จริยา ดันดิธรรม, 2547: 328)

การบริโภคอาหาร ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน โคเลสเตอรอลและโซเดียมสูง ควรงดการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และสารคาเฟอีน เพราะจะกระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552: 196)

การปฏิบัติตัวด้านการรักษา ได้แก่ การใส่ใจ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติต่างๆ เช่น อ่อนเพลีย หน้ามืด ใจสั่น อาการเจ็บหน้าอก เป็นต้น ตลอดจนการมาตรวจตามแพทย์นัด และการสนใจติดตามข่าวสารด้านสุขภาพ

พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกับคู่สมรส ยาที่มีผลต่อกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ การสังเกตอาการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์ และมีการวางแผนร่วมกันของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนแบบแผนการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม (Steinke, 2005: 44)

เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

เพศสัมพันธ์มิได้เป็นเพียงปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตนอกเหนือจาก อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย ที่อยู่อาศัย การพักผ่อน และการออกกำลังกายแล้ว ความต้องการทางเพศก็ยังคงเป็น ความต้องการเพื่อความอยู่รอดอย่างหนึ่งของมนุษย์ และมีใช่เป็นความต้องการเพื่อความอยู่รอดของ แต่ละบุคคลเท่านั้น แต่เพื่อเป็นการอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ด้วย เป็นความสุขของบุคคล เป็นความสำเร็จ ของชีวิตครอบครัวซึ่งขึ้นอยู่กับความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการปรับตัวทางเพศ ดังนั้น เพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อชีวิตมนุษย์ ทำให้เกิดความสุขและความสำเร็จในชีวิตบุคคล จำเป็นต้องมีการปรับตัวทางเพศและแสดงบทบาททางเพศอย่างเหมาะสม (ธนิตา เรียรธำรังสุข, 2543: 12)

สรุปได้ว่า เพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อชีวิต ถือได้ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานในการ ดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ของมนุษย์ เป็นสิ่งที่ตอบสนองความพึงพอใจทางร่างกายและพฤติกรรม ของบุคคลในแต่ละวัย นำไปสู่การดำรงเผ่าพันธุ์ สร้างสังคมครอบครัว เป็นหนทางในการ ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในสังคม เพศสัมพันธ์จะก่อให้เกิดความสุขและความสำเร็จในชีวิตได้นั้น บุคคลจำเป็นต้องปรับตัวทางเพศและแสดงบทบาททางเพศอย่างเหมาะสม

เพื่อให้เกิดความเข้าใจความหมายของ “เพศสัมพันธ์” อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยทำการศึกษา พบว่ามีผู้ให้ความหมายของเพศสัมพันธ์ไว้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความรู้ความคิด ความรู้สึก ความ ต้องการทางเพศและประสบการณ์ทางเพศที่ผ่านมาของแต่ละบุคคลดังนี้

บัตเลอร์และเลวิส (Butler and Lewis 1993 cited in Johnson, 1996: 7) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์มีความหมายมากกว่าการกระตุ้นทางเพศและการกระทำทางเพศ เพศสัมพันธ์ คือ โอกาสในการแสดงออกถึงความซื่อสัตย์ จงรักภักดี ความใคร่ ความรัก ความมีคุณค่า และการ ขอมรับการทำหน้าที่ทางกายของบุคคล

ศิริอร สินธุ (2526: 14) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์เป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของชีวิตทั้งในหญิง และชาย เป็นความรู้สึกที่มีอยู่ในส่วนลึกของหัวใจ เป็นสิ่งที่แสดงถึงความหมายของสัมพันธ์ภาพ และมีได้หมายถึงการกระทำทางกายเพียงอย่างเดียว เพศสัมพันธ์อาจทำให้เกิดความพึงพอใจหรือ ความเจ็บปวด ความสุข หรือความผิดหวัง เพศสัมพันธ์มิได้หมายถึงห้องนอน หรือส่วนหนึ่งส่วนใด ของร่างกาย แต่เป็นความสัมพันธ์ของคน 2 คน ที่มีความเชื่อ ความพอใจซึ่งกันและกัน และไม่ว่าจะ เป็นการร่วมเพศ (Penile-vaginal Intercourse) หรือการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual activity) ในรูปแบบ อื่นๆ มิใช่เพื่อการสืบพันธุ์อย่างเดียว แต่เพื่อความสุข ความพอใจด้วย ดังนั้นการสำเร็จความใคร่ หรือการร่วมเพศก็ถือเป็นเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องเช่นกัน

ธนิดา เรียร์ธาร์งสุข (2543: 11) กล่าวว่า เพศสัมพันธ์เป็นแรงผลักดันทางกายภาพที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งทำให้ชายหญิงมีการสัมผัส โอบกอด และร่วมเพศระหว่างกัน อันทำให้ผ่อนคลายความตึงเครียดทางด้านร่างกาย จิตใจ และช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีสัมพันธภาพทางสังคม และมีอัธมโนทัศน์ที่ดี ซึ่งทำให้เพศสัมพันธ์เป็นส่วนหนึ่งของภาวะสุขภาพ

การให้ความหมายของเพศสัมพันธ์ที่กล่าวมา สรุปได้ว่า เพศสัมพันธ์ คือ การกระตุ้นและการกระทำทางเพศ ซึ่งเป็นแรงผลักดันทางกายภาพที่สำคัญของมนุษย์ ให้มีพฤติกรรมทางเพศ เช่น มีการสัมผัส โอบกอด ร่วมเพศ ซึ่งเกิดจากความพึงพอใจในอารมณ์เพศ เป็นโอกาสในการแสดงความรัก ความผูกพัน ความมีคุณค่าหรือการยอมรับในการทำหน้าที่ทางกายของบุคคล ทำให้มนุษย์มีการดำรงเผ่าพันธุ์ ทำให้บุคคลมีความสุข ความพึงพอใจ รู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง ครอบครัว และสัมพันธภาพทางสังคม มีความสุขทางอารมณ์ ผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

เมื่อมีความต้องการทางเพศหรือถูกกระตุ้นทางเพศ จะเกิดขบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย 2 ประการ คือ เกิดการคั่งของโลหิตดำทั่วร่างกาย (Vasocongestion) โดยเฉพาะที่บริเวณอวัยวะเพศภายนอกและอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน เป็นผลให้เกิดการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย ส่วนอวัยวะเพศหญิงจะเกิดการโป่งพองของคลิตอริส แคมใหญ่และแคมเล็ก และเกิดการบีบรัดตัวเป็นจังหวะของกล้ามเนื้อ (Mytonia) ที่อวัยวะเพศและกล้ามเนื้อใกล้เคียง ซึ่งกระบวนการทั้งสองนี้ถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ การตอบสนองทางเพศเป็นการแสดงออกในการสนองต่อการกระตุ้นทางเพศทั้งโดยร่างกายหรือจิตใจ โดยมีการตอบสนองทางเพศออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

(Master & Johnson, 1996: 182-188)

1. ระยะตื่นตัวทางเพศ (Excitement phase) เป็นระยะเริ่มที่เกิดความรู้สึกทางเพศเกิดขึ้นได้จากการถูกเร้าด้วยวาจาหรือการกระทำ เช่น การลูบไล้ การจูบ ร่างกายโดยทั่วไปจะเกิดความเครียด เห็นได้จากการคั่งของโลหิตดำ และการตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น มีการหายใจหนักถี่ชีพจรเต้นเร็วขึ้น และความดันโลหิตเพิ่ม ในผู้ชายเมื่อได้รับการกระตุ้นทางเพศ องคชาตจะขยายใหญ่และตั้งแข็งชันขึ้น เนื่องจากการคั่งของโลหิตดำภายในองคชาต ผิวหนังที่หุ้มลูกอัณฑะจะหนาขึ้น และลูกอัณฑะจะเคลื่อนสูงกว่าระดับปกติ ในผู้ชายบางคนจะมีการแข็งชันของหัวนมร่วมด้วยการแข็งตัวขององคชาตอาจเริ่มแข็งตัวทีละน้อย ๆ จนกระทั่งแข็งตัวเต็มที่ ระยะเวลาในการแข็งตัวขององคชาตอยู่ระหว่าง 3-5 นาที ภายหลังจากได้รับการกระตุ้นทางเพศ ส่วนระยะเวลาในการแข็งตัวขององคชาตในผู้ที่อายุมากขึ้นจะใช้เวลานานกว่า (ธนิดา เรียร์ธาร์งสุข, 2543: 11) นอกจากการกระตุ้นทางกายแล้ว ทางด้านจิตใจก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตอบสนองในระยะตื่นตัวทางเพศนี้ ถึงแม้จะมีการกระตุ้นทางเพศอย่างต่อเนื่อง แต่องคชาตอาจไม่แข็งตัวเต็มที่ก็ได้ เนื่องจากปัจจัยด้านจิตใจหรือด้านสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้า เสียงที่ดังเกินไป

การเปลี่ยนแปลงของแสงสว่าง อุณหภูมิ เป็นต้น (ผจงจิต อศวิกุล, 2542: 16) ส่วนเพศหญิงภายในเวลา 10-30 วินาทีของการกระตุ้นทางเพศ จะมีน้ำซึมออกจากผนังช่องคลอด ทำให้ช่องคลอดชื้น คลิตอริสจะขยายตัวใหญ่และตั้งขึ้น เพราะมีการคั่งของหลอดเลือดดำ แคมเล็กและแคมใหญ่จะบวม และขยายตัวพร้อมกับมดลูกยกสูงขึ้นทำให้ 2 ใน 3 ของช่องคลอดเป็นโพรง หัวนมจะตั้งและขยายตัวพร้อมกับเต้านม ผิวหนังจะเป็นผื่นแดงที่บริเวณหน้าอก และค่อยกระจายไปทั่วร่างกายอย่างรวดเร็ว ปริมาณของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และวิธีการกระตุ้นทางเพศระยะนี้ใช้เวลาตั้งแต่หลายนาทีจนถึงชั่วโมง

การกระตุ้นทางเพศเป็นขั้นตอนแรกของกิจกรรมทางเพศ ในผู้ที่มีสุขภาพดีจะสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศได้ เช่น การกอด การจูบ การเลียโลม การดูภาพหรือฟังเรื่องราวเกี่ยวกับเพศ เป็นต้น การตอบสนองทางเพศในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามเทคนิคที่ใช้ในการกระตุ้นและประสบการณ์และอยู่ในภาวะอารมณ์ที่เหมาะสม ปราศจากความกลัวหรือความวิตกกังวล แต่ในผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา ทำให้การตอบสนองต่อการกระตุ้นซ้ำอาจต้องใช้เวลาในการกระตุ้นนานขึ้นและต้องการการสัมผัสโดยตรงที่อวัยวะเพศในการทำกิจกรรมทางเพศ อย่างไรก็ตาม ในผู้สูงอายุไม่ได้จำกัดพฤติกรรมทางเพศเพียงการร่วมเพศเท่านั้น การโอบกอด การจูบ การจับมือ หรือการลูบคลำ ก็เป็นพฤติกรรมทางเพศที่ทำให้พึงพอใจได้โดยไม่มีกรร่วมเพศ (ผจงจิต อศวิกุล, 2542: 16-17)

2. ระยะเสี้ยว (Plateau phase) หรือระยะกำหนดสูง หรือระยะก่อนจุดสุดยอด เป็นระยะที่มีความรู้สึกเร้าใจทางเพศเพิ่มสูงขึ้น ช่วงเวลาของระยะนี้จะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางเพศ และพลังทางเพศของแต่ละบุคคล ปกติจะใช้เวลาประมาณ 30 วินาทีถึง 3 นาทีบางคนอาจผ่านไปสู่วาระสุดยอดอย่างรวดเร็ว แต่บางคนอาจใช้เวลานานถึง 30 นาที หรืออาจใช้เวลามากกว่านั้น ถ้าได้รับการกระตุ้นไม่สม่ำเสมอ (ชนิดา เขียรธำรงสุข, 2543: 11) การเปลี่ยนแปลงของเพศชายในระยะนี้จะมีการคั่งของเลือดเพิ่มขึ้น องคชาติมีการแข็งตัวเต็มที่ มีเลือดคั่งในลูกอัณฑะ ทำให้ลูกอัณฑะใหญ่ขึ้นประมาณครึ่งหนึ่งของขนาดปกติ มีการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ถุงอัณฑะ และกล้ามเนื้อที่ยึดลูกอัณฑะ ทำให้ถุงอัณฑะถูกยกสูงขึ้น อาจมีน้ำเมือก 2-3 หยดจากต่อมคาวเปอร์ (Cowper's glands) ไหลออกมา และอาจมีตัวสุจิปนอยู่ด้วย การตื่นตัวทางเพศอยู่ในระดับสูงจนใกล้ถึงจะสุดยอด กล้ามเนื้อจะเกร็งมาก มีการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า หน้าท้อง และหน้าอก การหายใจแรงและถี่มาก ซิพจรจะเต้นเร็วถึงประมาณ 100-180 ครั้ง/นาที ความดัน Systolic เพิ่มขึ้นกว่าปกติ 20-80 mm.Hg. ส่วนความดัน Diastolic เพิ่มขึ้นกว่าปกติ 20-40 mm.Hg. ในเพศหญิงผิวหนังจะเป็นจุดแดงๆ แคมใหญ่จะบวมและเปลี่ยนสีจากแดงเป็นม่วง คลิตอริสยกตัวสูงขึ้น หางออกไปจากปากช่องคลอด 1 ใน 3 ส่วนล่างของปากช่องคลอดจะหนาและแคบลง ประมาณครึ่งหนึ่งของขนาดเดิม

จึงช่วยรัดอองกษชาติไว้ เป็นการกระตุ้นให้ฝ่ายชายมีความรู้สึกมากขึ้น และมดลูกถูกยกสูงขึ้นไปจากฐานเชิงกราน ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 30 วินาทีถึง 3 นาที

3. ระยะจุดสุดยอด (Orgasmic phase) เป็นระยะที่มีความสุขมากที่สุด อัตราการหายใจจะแรงและเร็วขึ้นถึง 40 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มถึง 100-180 ครั้งต่อนาที ความดัน Systolic เพิ่มขึ้นกว่าปกติ 40-100 mm.Hg. ส่วนความดัน Diastolic เพิ่มขึ้นกว่าปกติ 20-50 mm.Hg. ในเพศชายจะมีการหลั่งน้ำอสุจิ ในเพศหญิงจะมีการหดตัวของช่องคลอดและฝีเย็บเป็นระยะๆ ห่างกันครั้งละประมาณ 0.8 วินาที การรัดตัวมีตั้งแต่ 3-12 ครั้งขึ้นไปแล้วก็จะหยุดไปเอง ระยะนี้กินเวลาประมาณ 3-15 วินาทีเท่านั้น ขณะที่รู้สึกสุดยอดทางเพศนี้ความรู้สึกจะน้อยลง รู้สึกง่วงร่างกายจะผ่อนคลาย ความเครียด อันเกิดจากการที่กล้ามเนื้อตึงตัวมีการหลั่งของสารเอนดอร์ฟิน และการมีเลือดคั่งในระยะที่ 1 และ 2 ถ้าสภาวะหัวใจมีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะกรดแลคติกสูง มีการกั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้หายใจหอบลึก (Hyperventilation) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ภาวะเช่นนี้มีมิใช่เนื่องจากปริมาณการออกกำลังกายเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับความตึงเครียดทางอารมณ์ด้วย ในผู้ป่วยโรคหัวใจจะมีการหยุดเต้นของหัวใจเกิดขึ้นมากที่สุดในระยะนี้ (ผจงจิต อัสวิกุล, 2542: 17) อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์การถึงจุดสุดยอดด้านเพศสัมพันธ์จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (ชนิดา เขียรธำรงสุข, 2543 : 12)

4. ระยะกลับคืน (Resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการตอบสนองทางเพศ การกั่งของเลือดดำที่อองกษชาติลดลง ทำให้อองกษชาติอ่อนตัวและขนาดเล็กลงเท่าปกติ อันตะห้อยอันท่วงลงในตำแหน่งปกติ กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ คลายตัว อาจมีเหงื่อออก อัตราการเต้นของชีพจร และอัตราการหายใจกลับสู่ภาวะปกติ ความดันโลหิตลดลง ระยะนี้เรียกว่าระยะพักฟื้น (Refractory period) ในวัยหนุ่มถ้าได้รับการกระตุ้นทางเพศอีกองกษชาติจะแข็งตัวและสามารถมีเพศสัมพันธ์ต่อไปได้โดยมีระยะเวลาไม่นาน ระยะนี้ใช้เวลาตั้งแต่ 10 นาที จนถึงเป็นวัน ๆ ระยะเวลานี้จะยาวขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ในเพศหญิงคลิตอริสจะกลับสู่สภาพเดิมภายในเวลา 5-10 วินาที ช่องคลอดจะคลายตัว ปากมดลูกจะอ้าออกในระยะ 20-30 วินาทีหลังจากมีความสุขสุดยอด มดลูกกลับมาอยู่ในท่าปกติ ปากมดลูกเลื่อนต่ำลง

จากกระบวนการตอบสนองทางเพศทั้ง 4 ระยะดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแต่ละระยะมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจทั้งสิ้น การมีเพศสัมพันธ์มีผลต่อระบบหัวใจตามชนิดของการออกกำลังกาย มีการทำงานของประสาทซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจะเพิ่มมากขึ้น ชีพจรและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ในการประเมินพลังงานในการมีเพศสัมพันธ์ใช้วิธีที่ง่ายที่สุดคือ การเทียบกับกิจกรรมตามปกติของผู้ป่วย ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วคู่สมรสจะมีเพศสัมพันธ์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 10-16 นาที ช่วงที่หัวใจทำงานหนัก 4-6 นาที ซึ่งเทียบได้กับการขึ้นลงบันได 2 เที่ยว

และในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่ต้องจำกัดกิจกรรมและไม่มีอาการ (Class 1) จะใช้พลังงานได้ 7-9 METs (Metabolic equivalents หมายถึงปริมาณออกซิเจน 3.5 ml ของออกซิเจน ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ในเวลา 1 นาที) ซึ่งงานที่ทำเท่ากับการยกของหนัก 80 ปอนด์ พวกที่มีกิจกรรมได้บ้าง ไม่มีอาการในกิจกรรมประจำวัน (Class 2) ใช้พลังงานได้ 5-6 METs งานที่ทำได้โดยใช้พลังงานระดับนี้คืองานที่เกี่ยวข้องกับการสอน การใช้แรงงานในอุตสาหกรรมทั่วไป พวกที่มีอาการแม้ทำงานเพียงเล็กน้อยแต่ไม่มีอาการขณะพัก (Class 3) ใช้พลังงานได้ 3-4 METs งานที่ทำได้เช่น เช็ดพื้น การตากผ้า การพิมพ์ดีด ผู้ที่มีอาการขณะพัก (Class 4) ใช้พลังงานได้ 1-2 METs ได้แก่ การทำงานนั่งโต๊ะ การขับรถยนต์ ส่วนการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส พบว่า ต้องใช้พลังงาน 5-6 METs พลังงานที่ใช้ในระยะตื่นเต้น ระยะกำหนดสูง และระยะผ่อนคลายประมาณ 3.7 METs (Rerkpattanapipat, 2001: 201)

โดยทั่วไปภายหลังจากการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 6-8 สัปดาห์ ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่ต้องผ่านการทดสอบความทนทานของร่างกายด้วยการขึ้นบันได 20 ชั้น ภายในเวลา 10 นาที โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ หรือให้ผู้ป่วยทำการทดสอบการออกกำลังกายด้วยการเดินบนลู่วิ่งสายพาน ถ้าไม่มีความผิดปกติ ของคลื่นไฟฟ้า หัวใจก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ เพราะการขึ้นบันได 20 ชั้นภายในเวลา 10 นาที การวิ่งลู่วิ่งสายพาน และการมีเพศสัมพันธ์จะใช้พลังงานใกล้เคียงกัน กล่าวคือ การวิ่งลู่วิ่งสายพาน จะใช้พลังงานเท่ากับ 7 METs จากการศึกษาของ ธอร์นสัน (Thorson, 2003: 1) พบว่า ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการมีเพศสัมพันธ์จนถึงก่อนระยะจุดสุดยอดใช้พลังงาน 2-3 METs และขณะถึงจุดสุดยอด ใช้พลังงาน 3-4 METs รวมการใช้พลังงานในการมีเพศสัมพันธ์ ประมาณ 6-7 METs ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถกลับมา มีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วยนั้น ควรปรึกษา เรื่องเพศสัมพันธ์กับแพทย์ พยาบาล เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายหรือการทดสอบสมรรถภาพของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เพราะการใช้พลังงานของผู้ป่วยแต่ละคนอาจไม่เท่ากัน

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยหลายรายมีการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งมีสาเหตุจากหลายปัจจัยดังนี้

1.สาเหตุที่เกิดจากภาวะสุขภาพหรือตัวผู้ป่วยเอง

สาเหตุที่ทำให้เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ได้แก่ ความรุนแรงของโรค อายุ ความวิตกกังวลและความกลัว การรักษาที่ได้รับ การออกกำลังกาย และโรคที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

1.1 ความรุนแรงของโรค

จากการที่สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) ได้กำหนดระดับการทำงานของหัวใจเพื่อจำแนกสมรรถภาพของหัวใจไว้ นั่นคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระดับ 1 และ 2 จะเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนผู้ป่วยในระดับที่ 3 และ 4 มักมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายร่วมด้วย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่มักพบได้บ่อยคือ ภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาของ จาราสมา (Jarasma 1996: 101) ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความต้องการทางเพศลดลง และความสามารถในการดำรงบทบาททางเพศเปลี่ยนแปลง เนื่องจากความรุนแรงของโรค จากการศึกษาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 62 คน ซึ่งในจำนวนนี้ ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 60 ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 73 ของกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจทางเพศลดลงตั้งแต่เจ็บป่วย ร้อยละ 76 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 32 ของกลุ่มตัวอย่างหยุดการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 39 ของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางเพศได้ เนื่องจากมีความบกพร่องทางเพศ ร้อยละ 23 ของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาบกพร่องทางเพศระดับกลาง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง อาการเจ็บหน้าอกเป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชาย ในรายที่มีความรุนแรงของโรครุนแรง มีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยย่อมเกิดผลกระทบมาก (ผจงจิต อัครวิกุล, 2542: 51)

ดังนั้นจะเห็นว่าความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโดยตรง ยิ่งถ้ามีอาการของโรคเกิดขึ้นบ่อยครั้ง โรคที่เป็นอยู่เรื้อรังก็ยิ่งส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์

1.2 อายุ

เมื่อมีอายุมากขึ้นย่อมมีการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาในทางเสื่อม มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ และต้องทนทุกข์ต่อการคุกคามจากอาการของโรค ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้นึกถึงการมีเพศสัมพันธ์ และอาจหยุดมีเพศสัมพันธ์ไปเลย อาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจในตัวผู้สูงอายุเอง

จากการศึกษาของ วากานติและคารามิลลิ (Vacanti and Caramelli, 2004: 309) พบว่า ร้อยละ 60 ในผู้ป่วยสูงอายุภายหลังการเจ็บป่วยด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีความพึงพอใจและกิจกรรมทางเพศลดลง และผู้สูงอายุมักมีความเชื่อว่า เพศสัมพันธ์เป็นพฤติกรรมของผู้ที่มีอายุน้อย ผู้ที่สูงอายุมักกลัวสังคมจะกล่าวหาว่าเป็นคนเสื่อมศีลธรรม หากมีความต้องการทางเพศอยู่ ซึ่งทำให้

ผู้สูงอายุพยายามหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าค่านิยมของสังคมในเรื่องเพศสัมพันธ์ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาทางเพศสัมพันธ์ได้เช่นกัน

ในสังคมไทยซึ่งคนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นปูชนียบุคคล ที่ควรได้รับการเคารพนับถือ เป็นวัยที่ควรไปวัดทำกิจกรรม มากกว่าจะมีความสนใจในเรื่องเพศ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนหยุดมีเพศสัมพันธ์ไปตามความเชื่อของสังคม ทั้งๆที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ก็ตาม แต่ถูกจำกัดด้วยความเชื่อทั้งของผู้สูงอายุเองและผู้อื่นในสังคม ถ้าผู้สูงอายุคนใดที่ยังมีความสนใจทางเพศอยู่มักถูกมองว่าเป็นพวก “เฒ่าหัวงู” หรือ “แก่คันทากลับ”

จากความเชื่อและค่านิยมดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มในการยอมรับตามความเชื่อและค่านิยมที่ว่า เพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมและไม่สมควรในวัยสูงอายุ เกิดการเก็บกดความต้องการทางเพศไว้ ทำให้เกิดความขัดแย้งและความคับข้องใจ อาจเป็นผลให้เกิดความบกพร่องทางเพศได้

การเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีความเสื่อมและถดถอยในวัยสูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจและความเชื่อที่ผิดว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ไม่มีความต้องการทางเพศอีกต่อไป และควรหยุดมีเพศสัมพันธ์ แต่ที่จริงแล้ว การเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาค และสรีรวิทยาทางเพศนั้น ไม่ได้หมายความว่า ผู้สูงอายุจะไม่มีความต้องการทางเพศ และไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อีกต่อไป เพียงแต่มีการเปลี่ยนแปลงในแง่ของปริมาณเท่านั้น แต่คุณภาพและความพึงพอใจคงมีได้เหมือนในวัยหนุ่มสาว (นภาพรชโยวรรณและ จอห์น โนเดล, 2545: 8)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงอายุ มีแนวโน้มจะเกิดปัญหาทางเพศได้ เนื่องจากสาเหตุทางสรีรวิทยา ความเจ็บป่วย และความเชื่อ ค่านิยมของสังคมในเรื่องเพศสัมพันธ์

1.3 ความวิตกกังวลและความกลัว

ความวิตกกังวลและความกลัวเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ความต้องการทางเพศลดลง และเกิดภาวะกามตายด้าน จากการศึกษาของ วาคานติและคารามิลลิ (Vacanti and Caramelli, 2004: 309) พบว่า ร้อยละ 60 ในผู้ป่วยสูงอายุภายหลังการเจ็บป่วยด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีกิจกรรมทางเพศลดลงเรื่อยๆ ภายหลังจากที่ทราบว่าเป็นโรคหัวใจ อย่างไรก็ตามการมีเพศสัมพันธ์ลดลงในวัยกลางคน หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าร้อยละ 90 เป็นผลมาจากจิตใจ ผู้ป่วยโรคหัวใจมีความกดดันทั้งร่างกายและ อารมณ์ อันอาจเป็นผลต่อเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้การลบทบาทที่มีหน้าที่เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยกระเทือนใจต่อการเปลี่ยนแปลง ความต้องการทางเพศมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลทุกราย องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาเพศสัมพันธ์ คือ

ความวิตกกังวล และความกลัวว่าจะเสียชีวิตจากการคุกคามของโรค กลัวไม่มีสมรรถภาพทางร่างกาย ทำให้รู้สึกว่าคุณเสียความนับถือตนเองไป ทั้งในด้านการทำงาน และด้านอื่น ๆ ความวิตกกังวลนี้จะทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง จากการศึกษานี้ของ วินิตย์ หลงละเลิง (2546: 85) พบว่าระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวนมากได้กล่าวถึงความกลัวที่มีผลต่อเพศสัมพันธ์ คือ รู้สึกกลัวว่า ความตื่นเต้นและการที่ต้องใช้กำลังกายมาก ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก และตายอย่างกะทันหัน (Sudden death) วิตกกังวลว่าการตื่นตัวทางเพศและการถึงจุดสุดยอดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ นอกจากนี้ จากการวิจัยเชิงคุณภาพของ ธนิตา เขียรธำรงสุข (2543: 98) พบลักษณะความกลัวในการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แตกต่างจากการวิจัยอื่นที่ผ่านมา คือความกลัวเป็นข่าวอื้อฉาวและไม่มีใครดูแลบุตรหากถึงแก่กรรม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลและกลัวเป็นสาเหตุทางด้านจิตใจที่สำคัญซึ่งทำให้เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

1.4 การรักษาที่ได้รับ

การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการรับประทานยา และการรักษาโดยการผ่าตัดแก้ไขการตีบของหลอดเลือด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียาหลายชนิดที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ กล่าวคือ ทำให้เกิดปัญหาความบกพร่องทางเพศ และมีบางชนิดส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางเพศดีขึ้น

ยาที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ ยาในกลุ่มลดความดันโลหิต เช่น ไธอไซด์ (Thiazide) สไปโรโนแลคโตน (Spironolactone) ทำให้เกิดภาวะกามตายด้าน อารมณ์ทางเพศลดลงและอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในชาย ส่วนในหญิงจะทำให้สารหล่อลื่นช่องคลอดลดลง (Seidl, et al., 1991: 260) รีเซอปีน (Reserpine) จะทำให้ความต้องการทางเพศลดลงทั้งในเพศชายและเพศหญิง โพรพานอลอล (Propanolol) ถึงแม้ว่าจะได้รับขนาดยาต่ำสุด 40-60 มิลลิกรัม/วัน ก็สามารถทำให้เกิดกามตายด้านได้ อัลโดเมท (Aldomet) จะมีฤทธิ์ทำลายแคทีโคลามีน (Catecholamine) ในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลงนำไปสู่ภาวะกามตายด้านในที่สุด ยาในกลุ่มลดคลอเรสเตอรอล เช่น คลอไฟเบรท (Clofibrate) และ โพรบูคาล (Probucal) ทำให้ความต้องการทางเพศลดลงเป็นต้น

ยาที่ส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางเพศดีขึ้น ได้แก่ ยาในกลุ่มขยายหลอดเลือด เช่น ไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerine) จะช่วยป้องกันการเจ็บหน้าอกในขณะมีเพศสัมพันธ์ ส่วนยา โพรพานอลอล (Propanolol) ถึงแม้ว่าจะทำให้เกิดภาวะกามตายด้าน แต่ก็ช่วยป้องกันการเจ็บหน้าอกในขณะมีเพศสัมพันธ์ ช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางเพศได้ จนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์ สำหรับในปัจจุบันยาที่นิยมรับประทาน คือ วาเดนาฟิล (Vardenafil) หรือ ไวอกร้า (Viagra) ออกฤทธิ์ยับยั้งพีดีอี 5 ทำให้ระดับไซคลิก จีเอ็มพีที่อวัยวะเพศเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อเรียบขยายตัว เลือดไหลสู่อวัยวะเพศมากขึ้นเมื่อมีการเร้าอารมณ์ทางเพศ ยานี้จะไม่ได้ผลถ้าไม่มีการเร้าอารมณ์ทางเพศ จึงไม่ใช่ยากระตุ้นอารมณ์เพศ ผลข้างเคียงของยา จะมีอาการปวดศีรษะ หรือความดันโลหิตต่ำเล็กน้อย แต่ในรายที่ได้รับยาในกลุ่มไนเตรท (Nitrates) ซึ่งเป็นยาที่มีการออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายเช่นกัน จึงห้ามใช้ยา Viagra กับผู้ป่วยที่รับประทานยา Nitrates ประจำ (ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542: 34)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ามียาหลายชนิดที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การรักษาโดยการให้ยา แพทย์จะพิจารณาเลือกยาที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

1.5 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ เวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ หลังตื่นนอน ก่อนอาหาร 30 นาที หลังรับประทานอาหารไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งวันละ 15-45 นาทีหรือติดต่อกันไม่เกิน 30 นาที (ปริศนาวรรณันท์, 2540 : 21) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด คือการเดิน การรำมวยจีน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่อง ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงอยู่กับที่และการเกร็งกล้ามเนื้อ ถ้ามีอาการเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกควรหยุดพักและอมยาขยายหลอดเลือดได้ลิ้น ผู้ป่วยโรคหัวใจ ควรใช้การออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic exercise) เพราะเป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวข้อและกล้ามเนื้อ การเดิน เป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อจะทนได้ดีกว่า รวมทั้งมีผลดีกว่าการเดินโดยถือสิ่งของด้วย ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ควรใช้การออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) เพราะเป็นการออกกำลังกายที่ต้านแรงอยู่กับที่ ต้องใช้ออกซิเจนมากกว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจเกิดอาการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยได้ง่าย แอกราวอล (Aggarwal, 2001: 525)

จากการศึกษาผลของการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่าง เพศชายอายุ 45-65 ปี และ อายุ 66-75 ปี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการออกกำลังกายทำให้เพิ่มสมรรถภาพทางร่างกายได้ถึงร้อยละ 10-60 ทำให้

กล้ามเนื้อหัวใจทำงานลดลงร้อยละ 10-25 ส่งผลให้ผู้ป่วยคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกด้านรวมถึงด้านเพศสัมพันธ์ (Williams, 2002 : 1735)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้มากขึ้น

1.6 โรคที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหัวใจและโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นโรคที่พบบ่อยขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยพบโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศโดยสิ้นเชิงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจสูงถึงร้อยละ 39 กลุ่มประชากรทั่วไปพบเพียงร้อยละ 9.6 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันชนิดความหนาแน่นสูง (HDL) ระดับต่ำมีความสัมพันธ์โดยตรงกับอัตราที่เพิ่มขึ้นของโรคห่อนสมรรถภาพทางเพศ เพราะโรคเหล่านี้มักทำให้เลือดไหลสู่อวัยวะเพศลดลง และอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542: 34)

จากการศึกษาของ สุมนา ชมพูทวีป (2541: 6) กล่าวว่า โรคเบาหวาน ทำให้เกิดความผิดปกติในผนังหลอดเลือด และร้อยละ 40-45 ของผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในระบบประสาทอัตโนมัติที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะเพศ ในผู้ป่วยเพศชายจะพบว่า อวัยวะเพศไม่แข็งตัว ส่วนในผู้ป่วยเพศหญิง พบว่าอาจไม่สามารถมีความสุขสุดยอดในขณะที่ร่วมเพศ โรคความดันโลหิตสูงแม้ว่าจะไม่มีผลต่อการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายโดยตรง แต่ยาที่ใช้รักษาโรคนี้ หลายชนิดทำให้เกิดภาวะกามตายด้าน เนื่องจากยาทำให้รีเฟล็กซ์ บริเวณระบบประสาทและหลอดเลือดเสียไป จึงทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะเพศลดลง ส่งผลให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว ภาวะไขมันในเลือดสูง จะทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้อวัยวะเพศชายไม่สามารถแข็งตัวได้ สำหรับโรคที่พบร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าโรคเบาหวานเกิดขึ้นร่วมกับกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้อารมณ์ความรู้สึกทางเพศลดลง และทำให้อวัยวะเพศชายไม่แข็งตัวอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานประมาณร้อยละ 30-60 มักมีปัญหาเรื่องภาวะบกพร่องทางเพศเนื่องจากความเสื่อมของระบบประสาทจากภาวะเบาหวาน (Diabetic neuropathy) เพราะอวัยวะเพศชายไม่แข็งตัวและประสิทธิภาพการทำงานของหลอดเลือดส่วนปลายลดลงจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Jay C Lee, 2008: 2)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า โรคที่เกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความบกพร่องทางเพศ

2. สาเหตุที่เกิดจากคู่อุปการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สเติงก์ (Steinke, 2005: 44) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์คือ ภาวะสุขภาพของคู่อุปการ ในรายที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งสุขภาพไม่ดี อาจทำให้เกิดปัญหาของความต้องการทาง

เพศที่ไม่ตรงกันและมีปัญหาในชีวิตแต่งงานได้ ถ้าเป็นผู้สูงอายุเพศชายที่สุขภาพไม่ดีอาจกลัวความล้มเหลวในการมีเพศสัมพันธ์และหยุคมีเพศสัมพันธ์ หรือภรรยาอาจมีความกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสามี ทำให้หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ คู่สมรสที่มีความรู้ความเข้าใจผิด จะมีความกลัวรู้สึกว่าเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องไม่เหมาะสม อาจทำให้เสียชีวิตจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ เนื่องจากภาวะสุขภาพไม่ดี ความวิตกกังวลและการกลัวต่าง ๆ จะเกิดขึ้นในคูครองของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการกลัวว่าผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก หรือภาวะแทรกซ้อนในขณะที่ปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ รวมถึงการกลัวว่าผู้ป่วยจะตายขณะมีเพศสัมพันธ์ซึ่งทำให้คูครองรู้สึกเป็นหน้าที่ที่จะต้องปกป้องผู้ป่วย และความกลัวเหล่านี้จะทำให้คูครองของผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย แต่เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะคูครองของผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกโกรธ ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว ทำให้มีกิจกรรมทางเพศลดลง โดยอาจแสดงความไม่พอใจต่อผู้ป่วยและนำไปสู่สัมพันธ์ภาพที่แตกร้าวของทั้งคู่ คูครองของผู้ป่วยที่มีความสุขกับกิจกรรมทางเพศ ซึ่งในที่นี่หมายถึงการกอดจูบลูบไล่มากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามเดิมภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และในขณะที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระยะพักฟื้นและยังไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ วิธีการกอดจูบลูบไล่นี่ สัมผัสใกล้ชิดจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจให้ทั้งสามีภรรยา และคูครองของผู้ป่วยควรบอกถึงความรู้สึกทางเพศ ความปรารถนาทางเพศของตนให้ผู้ป่วยรับรู้ เพราะวิธีการดังกล่าวนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจในตนเองว่ายังเป็นที่ยอมรับของคูครอง สร้างความมั่นใจและเตรียมพร้อมในการมีเพศสัมพันธ์ในระยะต่อไป นอกจากนี้ ยังพบว่า ถ้าคูครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้รับการอธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีกิจกรรมทางเพศลดลง ก็จะทำให้คูครองของผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการมีเพศสัมพันธ์ได้ ทั้งนี้เพราะการสร้าง ความเข้าใจจะนำไปสู่ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน คูครองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายควรจะแสดงความรักโดยแสดงให้เห็นว่าเขายังมีความสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และนำไปสู่สัมพันธ์ภาพทางเพศที่ดี (ชนิดา เขียวธำรงสุข, 2543: 25)

ดังนั้นคูครองของผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญ ในการตอบสนองด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กล่าวคือ ถ้าคูครองของผู้ป่วยมีความเข้าใจเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก็จะนำไปสู่การเอื้ออาทรในการมีเพศสัมพันธ์ และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์

3. สาเหตุที่เกิดจากการขาดข้อมูลความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทีมสุขภาพ

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดข้อบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด การได้รับข่าวสารที่ผิด ๆ จากหนังสือพิมพ์ หนังสือบันเทิง

เริงรมย์ คนใกล้ชิด ชาวสื่อ ซึ่งข้อมูลมักเป็นในรูปแบบที่ว่าการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้ โดยเกิดหัวใจวายกะทันหัน ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเกิดความรู้สึกกลัวตาย และความกลัวนี้อาจมีเพิ่มมากขึ้นอีกจากคำพูดของกลุ่มสมรส หัวใจของผู้ป่วยอ่อนแอ การมีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดอันตรายและอาจเกิดการตายได้ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าอับอายมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงไม่รู้สึกกระตือรือร้นที่จะถามแพทย์ถึงความเหมาะสมที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ เพราะเขาคิดว่าแพทย์คงจะตอบคล้ายคลึงกับที่เขาเคยได้ยินมา หรือบอกให้เขาออกไปอีกกระยะหนึ่งก่อน ซึ่งข้อมูลข่าวสารที่ได้รับดังกล่าวขาดบริบทในการอธิบาย และอาจก่อให้เกิดการเข้าใจที่คลาดเคลื่อนหรือเข้าใจผิดในเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Kotler, 1992 cited in Albarran and Bridger, 1997: 2)

จากการศึกษาของโบคิลและเบนจ์ (Bodil & Bengt, 2009: 330) พบว่า บุคลากรทีมสุขภาพขาดการให้คำแนะนำด้านเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มิภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งส่วนใหญ่มักจะไม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่มีเวลาเพียงพอที่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย มุ่งแต่การรักษาด้านร่างกายขาดความเข้าใจในเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย และไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์หรือไม่ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เพราะมีความเชื่อว่าผู้ป่วยไม่ควรจะมีเพศสัมพันธ์ และเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่ควรกล่าวถึง ที่สำคัญบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ถูกเตรียมตัวในการให้ความรู้ด้านเพศสัมพันธ์ หรือคำแนะนำแก่ผู้ป่วยในเรื่องเพศสัมพันธ์ จึงทำให้คำแนะนำเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่ให้กับผู้ป่วยคลุมเครือขาดความชัดเจน ประกอบกับ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันมักเป็นคำแนะนำที่ค่อนข้างล้าสมัย ขาดการปรับปรุงพัฒนา จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์ขาดความมั่นใจที่จะนำคำแนะนำไปใช้

ในส่วนของแพทย์หรือพยาบาลเองก็มักมองข้ามความสำคัญในเรื่องนี้ไป ทั้งที่เรื่องเพศเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ผู้ป่วยอาจหยุดมีเพศสัมพันธ์ไปเลยเนื่องจากกลัวอันตราย หรือเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นจากการแสวงหาข้อมูลเองและได้รับข้อมูลที่ผิด ๆ ทำให้เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ จากการศึกษาของ ปริศนา วรรณท์ (2540: 51) พบว่า สาเหตุของการหยุดมีเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคือ กลัวอันตรายจากการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากขาดความรู้ที่แท้จริง และได้รับข้อมูลข่าวสารที่ตีพิมพ์ให้แนวคิดว่า โรคหัวใจมีการเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงถ้ามีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้แพทย์ และพยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในด้านต่าง ๆ ยกเว้นด้านเพศสัมพันธ์ เนื่องจากคิดว่า ผู้สูงอายุคงไม่มีความต้องการทางเพศแล้ว และตามความเชื่อหรือค่านิยมในสังคมไทยที่ยังไม่เปิดเผยเรื่องเพศ ทำให้ผู้สูงอายุเองหรือแพทย์และพยาบาลอายุที่จะพูดคุยซักถามหรือให้คำแนะนำเรื่องเพศ ทั้ง ๆ ที่การมีเพศสัมพันธ์ก็เป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งเช่นเดียวกับกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุยังต้องการความสามารถไว้เช่นกัน (ผจงจิต อัสวิกุล, 2542 : 44)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าบุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญในการให้คำปรึกษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในสมรรถภาพของคนที่ปฏิบัติกิจกรรมทางเพศได้อย่างปลอดภัย ก่อให้เกิดความสุขและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้ข้อมูลความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง

บรู๊ค (Burke, 1999: 360 -371) ได้ให้ข้อแนะนำเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในเรื่องเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วย และคู่อุปการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

1. การมีเพศสัมพันธ์เปรียบเสมือนการออกกำลังกาย หรือกิจกรรมทางกายอื่น ๆ ที่ทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานเพิ่มขึ้น การหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมทางเพศอย่างหักโหม และความเครียดต่าง ๆ จะทำให้ประสบความสำเร็จในการมีเพศสัมพันธ์ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำดังนี้

1.1 ควรพักผ่อนอย่างน้อย 3 ชั่วโมงภายหลังการรับประทานอาหาร เนื่องจากพลังงานจำนวนมากของร่างกายจะถูกนำไปใช้ในกระบวนการย่อยอาหารซึ่งถ้ามีเพศสัมพันธ์ในช่วงนี้จะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น ส่งผลให้ออกซิเจนมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ก่อให้เกิดภาวะเจ็บหน้าอกได้

1.2 ควรรอกอย่างน้อย 2 ชั่วโมงภายหลังการดื่มแอลกอฮอล์ เบียร์หรือไวน์ เพราะจากการศึกษาผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อกล้ามเนื้อหัวใจ และการไหลเวียนในผู้ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือด พบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ ในขนาดปกติที่ดื่มกันในระดับของการออกสังคมจะส่งผลให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีเอสทียกขึ้น (ST elevate) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น ได้ ทางที่ดีจึงควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังจากดื่มแอลกอฮอล์

1.3 ควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังจากสูบบุหรี่ หรือดื่มกาแฟ เพราะสารเคมีนิโคติน คาเฟอีนจะส่งผลให้หัวใจบีบตัวเร็วและแรงมากขึ้น

1.4 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในบริเวณที่มีอากาศร้อนหรือเย็นจนเกินไป เนื่องจากการทำงานของระบบร่างกายจะขึ้นอยู่กับควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย

1.5 ควรมีเพศสัมพันธ์ภายหลังจากการพักผ่อนเต็มที่แล้ว หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่ร่างกายและอารมณ์ตึงเครียด เพราะภาวะเครียดจะเพิ่มการทำงานของหัวใจมากขึ้น และควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในขณะที่มีความโกรธ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความโกรธที่เกิดจากคู่อุปการ

1.6 หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่หักโหมหลังจากมีเพศสัมพันธ์ เพราะจะทำให้เหนื่อยอ่อนเพลียเพิ่มมากขึ้น

1.7 ไม่ควรเปลี่ยนคู่อุปการ หรือเปลี่ยนสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ในการมีเพศสัมพันธ์เพราะอาจเกิดความตื่นเต้นซึ่งเป็นอันตรายต่อการทำงานของระบบหลอดเลือดและหัวใจ

1.8 เตรียมยาใน โตรกลีเซอรินให้พร้อมสำหรับการแก้ไขภาวะเจ็บหน้าอก และถ้าคิดว่ามีอาการเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์ ควรอมยาใน โตรกลีเซอรินใต้ลิ้นป้องกันไว้ก่อนการมีเพศสัมพันธ์

2. ควรปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์กับแพทย์ผู้รักษา โดยทั่วไปแพทย์จะอนุญาตให้เริ่มมีเพศสัมพันธ์ภายหลังมีการพักฟื้นของหัวใจนาน 6-8 สัปดาห์และอาการของโรคคงที่ ซึ่งแพทย์อาจทำการทดสอบสมรรถภาพของร่างกาย เพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ โดยการวิ่งดูสายพาน หรือการเดินทางราบได้ 1 กิโลเมตรในเวลา 10-15 นาที ซิฟจรไม่เกินเกณฑ์ (ซิฟจรปกติ + 30) หรือ ทำการเดินขึ้นลงบันไดบ้าน 2 ชั้น (20 ขั้น) ได้โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือหายใจเหนื่อยหอบ

3. สังเกตอาการผิดปกติทางเพศที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย การไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอดในเพศหญิง ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้า ถ้าอาการเหล่านี้เกิดขึ้นซ้ำ ๆ ก็จำเป็นต้องหาทางแก้ไขและหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดขึ้น

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีปัญหาความบกพร่องทางเพศ เนื่องจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา ควรมีเพศสัมพันธ์ในเวลาเช้า เนื่องจากเป็นเวลาที่ระดับยาที่ใช้รักษาในร่างกายมีระดับต่ำสุด และถ้าพบอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างหรือภายหลัง การมีเพศสัมพันธ์ควรแจ้งให้แพทย์ผู้รักษาหรือพยาบาลทราบอาการเหล่านั้นได้แก่

3.1 อาการแสดงของการเจ็บหน้าอกระหว่างหรือภายหลังการมีเพศสัมพันธ์

3.2 หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็วกว่าปกติ เป็นระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์

3.3 มีอาการใจสั่นภายใน 15 นาทีหลังการมีเพศสัมพันธ์

3.4 ภายหลังการมีเพศสัมพันธ์มีอาการเหนื่อยล้าอย่างรุนแรงในวันรุ่งขึ้น

3.5 นอนไม่หลับภายหลังการมีเพศสัมพันธ์

ในเรื่องท่าทางควรแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ท่าร่วมเพศที่คุ้นเคย ที่สำคัญควรให้ผู้ป่วยและคู่ครองพิจารณาว่าเป็นท่าที่ผู้ป่วยหายใจสะดวก ไม่แน่นอึดอับบริเวณลิ้นปี่ (Albarran and Bridger, 1997: 8)

สำหรับวิธีการที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ หรือการตอบสนองความต้องการทางเพศในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจากการศึกษาของแมคแคน (McCann, 1989: 1138) พบว่าการร่วมเพศทางทวารหนัก (Sodomy) ควรงดเว้นในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากจะเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทวากัส (Vagus nerve) ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ส่งผลให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจลดลงและเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (Masturbation)

พบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อนควรหลีกเลี่ยงการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เพราะการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และทำให้การใช้พลังงานของร่างกายเพิ่มมากขึ้น แต่ในทางตรงข้าม สำหรับผู้ป่วยที่เคยปฏิบัติมาแล้ว การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองจะเป็นการสร้างความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อุปการ และเป็นการผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การใช้ปากในการร่วมเพศ (Oral sex) ควรควรงเว้นในผู้ที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อนเช่นกัน

นอกจากนี้ ไซด์และคณะ (Seidl, et al., 1991: 263) กล่าวว่า คู่อุปการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรจะมีส่วนช่วยให้ชีวิตทางเพศของผู้ป่วยเป็นไปในทิศทางบวก ซึ่งควรได้รับคำแนะนำต่อไปนี้

1. ระยะที่ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ ควรสัมผัสอย่างอ่อนโยน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและเพิ่มความต้องการทางเพศ
2. ในขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ควรอนุญาตให้ผู้ป่วยนำเครื่องแต่งกายของตนเองมาสวมใส่แทนเสื้อผ้าของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสดชื่น
3. ช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารด้านเพศสัมพันธ์แก่คู่อุปการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของคู่อุปการ และเห็นคุณค่าของการมีเพศสัมพันธ์
4. ใช้สื่อสร้างเสริมอารมณ์สุนทรีย์ด้านเพศสัมพันธ์แก่ผู้ป่วย เช่น เพลง การ์ตูน และเรื่องตลกเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์
5. แนะนำให้คู่อุปการของผู้ป่วยกล้าที่จะบอกผู้ป่วยเกี่ยวกับการสลับบทบาท ในการเป็นผู้เริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์
6. แนะนำให้ผู้ป่วย และคู่อุปการของผู้ป่วยบรรเทาความกลัวที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่อุปการสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ

นอกจากนี้การสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา การแก้ไขความขัดแย้งระหว่างกันได้ดี การมีทัศนคติที่ตรงกันในเรื่องเพศสัมพันธ์ ความเชื่อมั่นในความสามารถทางเพศของตนและเชื่อว่าตนสามารถให้ความสุขทางเพศกับคู่อุปการของตนได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศที่ดียิ่งขึ้น (อุมาพร ตรีงคสมบัติ, 2545: 229)

จากรายงานการวิจัยข้างต้นจะพบว่า มีการทำการวิจัยเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ชายเป็นส่วนใหญ่ สำหรับงานวิจัยในผู้หญิงได้แก่ การศึกษาของ เวโรนิก้า และฟรานซ์ (Veronika and France, 1996) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านจิตใจที่มีผลกระทบต่อการใช้เพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศหญิง พบว่าการปรับพฤติกรรมทางเพศ ด้วยการชิมเสิร์ฟ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของลาชาลิตี (Lacharity, 1999: 308) ทำการศึกษาถึงประสพการณ์ในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหญิงอายุต่ำกว่า 60 ปีที่เป็นโรคหลอดเลือด

เลือดหัวใจพบว่าได้รับความรู้หรือคำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์จากทีมสุขภาพน้อยมาก ต้องกลับมาขอคำปรึกษาในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่โรงพยาบาล และจากการศึกษาของซุมานเนน (Sumanen, 2005: 443) เกี่ยวกับความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าผู้ป่วยเพศหญิง มีความพึงพอใจและการมีกิจกรรมทางเพศลดลงหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเพศหญิงจะมีปัญหาการไม่ถึงจุดสุดยอดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการทำงานของหลอดเลือดที่เล็ลงบริเวณ อวัยวะเพศมีประสิทธิภาพลดลง พบว่าร้อยละ 30 มีความสุขกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการเกิดโรค ร้อยละ 44 มีเพศสัมพันธ์ลดลง ร้อยละ 20 กลัวการมีเพศสัมพันธ์ และจากการศึกษาของเฮเซอร์ และคณะ (Heiser, et al., 2000: 566) พบว่าสำหรับผู้หญิงแล้วความสามารถทางเพศมีปัจจัยด้านอารมณ์เป็นตัวกำหนดที่สำคัญ ผู้หญิงจะมีปัญหาขาดความต้องการทางเพศ (Sexual desire) ขาดความรู้สึกตื่นตัวทางเพศ (Sexually stimulating feelings) และความพึงพอใจทางเพศ มากกว่าจะเป็นปัญหาทางชีวภาพที่อวัยวะเพศทำงานไม่ได้

เรื่องเพศสัมพันธ์ในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นประเด็นที่สำคัญประเด็นหนึ่ง ซึ่งได้มีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตลอดจนปัจจัยทางด้านความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์หลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมของต่างประเทศ ที่เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เห็นภาพการตอบสนองทางเพศที่ลดลง มีกิจกรรมทางเพศลดลง หรือหยุดการมีเพศสัมพันธ์ในที่สุดซึ่งมีสาเหตุมาจากการที่อวัยวะเพศไม่แข็งตัว มีภาวะกามตายด้าน ความกลัว ความวิตกกังวลว่าการมีเพศสัมพันธ์จะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพ มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าคู่ครองมีความวิตกกังวล กลัวในการกลับไปมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการได้รับการสอนให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังเป็นโรคหัวใจ วิธีการปฏิบัติตนขณะมีเพศสัมพันธ์ การให้คำปรึกษาทางด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งความรู้เหล่านี้ได้มีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องแต่ยังขาดการนำไปใช้จริงในวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

ศิริอร สินธุ (2526: 88-89) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ ผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก กับปัญหาเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับการศึกษา และความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ความรุนแรงของโรคและระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ปัจจัยทางด้านอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ระดับความวิตกกังวล และความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ สามารถร่วมกันทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.001 ตัวทำนายที่ดีที่สุด ที่ใช้ในการทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ระดับความวิตกกังวล ความรู้ในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ และระดับความรุนแรงของโรค สามารถร่วมกันทำนายความสัมพันธ์ได้ร้อยละ 68.54

ผจงจิต อศวิกุล (2542: 92) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้เรื่องเพศ กับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมทางเพศ ของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ในเรื่องการแสดงความรักกับคนรัก หรือคู่สมรส โดยการจับมือ การโอบกอดการจูบหรือหอมแก้ม การลูบคลำ หรือการประเล้าประโลม และความรู้สึกพึงพอใจในการแสดงความรักกับคนรักหรือคู่สมรส โดยการจับมือ การโอบกอด การจูบหรือหอมแก้ม การลูบคลำ หรือการประเล้าประโลม ของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศ ของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ความรู้เรื่องเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ ด้านพฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ ในเรื่องความรู้สึก ความพึงพอใจในการพูดคำว่า “รัก” หรือ “หวง” กับคนรัก หรือคู่สมรส และความรู้สึกพึงพอใจในการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองของผู้สูงอายุชายที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเรื่องเพศสัมพันธ์ เมื่อเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 82.5 ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนผู้ที่เคยได้รับคำแนะนำได้รับจากแพทย์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.4 ของกลุ่มตัวอย่าง และไม่มีผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือดคนใดเคยได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องเพศโดยรวม อยู่ในระดับต้องปรับปรุงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.2 ของกลุ่มตัวอย่าง ความวิตกกังวลเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หงุดหงิดใจไม่เต็มใจมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.8 ของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งไม่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หลังจากที่ เป็นโรคหัวใจขาดเลือด

ธนิดา เรียรธารงสุข (2543:76-77) ศึกษาประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ แบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือลักษณะที่บอกถึงเพศสัมพันธ์เป็นความต้องการพื้นฐานของชีวิต ลักษณะที่บอกถึงเพศสัมพันธ์เป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะสุขภาพขณะเจ็บป่วย และลักษณะที่บอกถึงเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งไม่จำเป็นและทำให้ชีวิตสั้น ส่วนประสบการณ์การตอบสนองด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยภายหลังการเจ็บป่วย พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมี 2 ลักษณะ คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทาง

เพศสัมพันธ์คงเดิมทั้งคุณภาพและความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มี 4 กรณีที่ 1 ความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมทางเพศลดลง แต่ความต้องการทางเพศปกติ กรณีที่ 2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง และความต้องการทางเพศลดลง กรณีที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศลดลง ไม่มีความต้องการทางเพศ แต่ต้องการตอบสนองความต้องการของกลุ่มครอง และกรณีที่ 4 ยุติการมีเพศสัมพันธ์ แม้จะมีความต้องการทางเพศ ส่วนความสามารถทางเพศสัมพันธ์ในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม พบว่าเงื่อนไขที่ทำให้เพศสัมพันธ์เปลี่ยนแปลงไปมี 3 ประการ ได้แก่ 1) อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่าง หรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ คือความไม่สุขสบายในระหว่าง หรือภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์ และความบกพร่องของอวัยวะเพศในขณะปฏิบัติกิจกรรมทางเพศ 2) การรับรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในทางลบ คือการรับรู้ว่าเป็นเหตุการณืตายในผู้ป่วยโรคหัวใจ และรับรู้ว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคล 3) การขาดข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทางแพทย์

จากการศึกษาของวินิตย์ หลงละเลิง (2546: 82) ถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 73.33 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นที่น่าสังเกตว่าจากการศึกษาของอภิรักษ์ ชูวงษ์ (2550: 55) ถึงการรับรู้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ความรู้การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการพยาบาลสอนผู้ป่วยในเรื่องเพศสัมพันธ์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคิดเป็นร้อยละ 0.00 และจากการศึกษาของวรางคณา อุไรวงษ์ (2550: 84) ศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพของครอบครัวโรคหลอดเลือดหัวใจตีบพบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นสาเหตุการตายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบส่วนหนึ่งคิดว่าตนเองอายุมากจึงไม่ได้คิดว่าเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับชีวิต และเกิดความกลัวเพราะจะทำให้เกิดอาการหัวใจวายและตายได้ในขณะมีเพศสัมพันธ์โดยการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ สื่อต่างๆ โดยเฉพาะหนังสือพิมพ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคหัวใจว่าเป็นกิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

สำหรับงานวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาของ สุภร บุษปานิซ (2547: 52) ถึงเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและคู่สมรสในภาคใต้พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ที่พบมาก 3 ลำดับแรก คือ

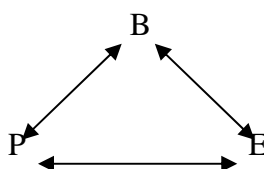
มีความต้องการทางเพศลดลงร้อยละ 52 ไม่มีความต้องการทางเพศร้อยละ 48 และอวัยวะเพศชายแข็งตัวกร้อยละ 38 และจากการศึกษาของ สุทธิราภรณ์ ปานแก้ว (2548: 57) ถึงทัศนคติ พฤติกรรม และแนวทางแก้ไขปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่าปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงขาดความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ คือ คู่สมรสไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ด้วย เนื่องจากคู่สมรสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์กลัวหัวใจวายขณะมีเพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 37.82

สุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของบุคคลทุกคน การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดีนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเนื่องจากพฤติกรรมมนุษย์เป็นเรื่องที่ซับซ้อน แอจเซนและฟิชบาย (Ajzen and Fishbein, 1980: 51) ได้เสนอทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลในการอธิบายการเกิดพฤติกรรมโดยกล่าวว่า การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติอะไรก็ตาม จะต้องมีความตั้งใจมาก่อน ความตั้งใจนี้เป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น เจตคติ โดยเจตคติจะมีความเกี่ยวข้องกับ ความเชื่อในสมรรถนะของตนเองรวมทั้งความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวและนอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับบรรทัดฐานทางสังคมซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเกิดความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรม ความตั้งใจในการกระทำอย่างเดียวไม่สามารถทำนายหรืออธิบายการเกิดพฤติกรรมได้ แต่การรับรู้ในสมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น รวมทั้งผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น จะมีผลต่อความแม่นยำในการทำนายการเกิดพฤติกรรม ได้ดีขึ้นตามความสามารถของบุคคลที่จะควบคุมการกระทำนั้นๆ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura) นักจิตวิทยา โดยการผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive behavior) เข้ากับความเข้าใจเกี่ยวกับตนเองในระยะแรกของทฤษฎีแบนดูราเชื่อว่าความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy expectation) เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม ต่อมาแบนดูรา ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น บุคคลต้องเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (Self efficacy beliefs) เกิดขึ้นก่อน จึงจะกระทำพฤติกรรมนั้น โดยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (Outcome expectancies) เป็นแรงเสริมให้มีการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม ที่คาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามความต้องการ

แบนดูรา (Bandura, 1997: 6) เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้น ไม่ได้เป็นผลเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีปัจจัยภายในของบุคคล เช่น อารมณ์ (Affective) ความนึกคิดทางปัญญา (Cognitive) และปัจจัยทางชีวภาพส่วนบุคคล (Biography) เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เป็นต้น ดังนั้นพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากลักษณะโครงสร้างที่มีความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน (Causal structure) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal personal factors : P) 2) การแสดงพฤติกรรม (Represents behavior : B) 3) สิ่งแวดล้อมภายนอก (External environmnt : E) องค์ประกอบทั้ง 3 ปัจจัยนี้ต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน (Reciprocal determination) และมีความเกี่ยวข้องกันเป็นลักษณะที่เป็นพลวัตร ไม่มีการหยุดนิ่งและจะมีอิทธิพลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์หรือกิจกรรมที่จะกระทำนั้น ความสัมพันธ์ดังกล่าวดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล พฤติกรรม และสภาพแวดล้อม (แหล่งที่มา จาก Self- efficacy; The exercise of control by Bandura, 1997)

เมื่อพิจารณาระหว่างบุคคลกับพฤติกรรม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในของบุคคล ได้แก่ ความคิด ความรู้สึกและปัจจัยทางชีวภาพ กับพฤติกรรม ซึ่งความเชื่อและปัจจัยทางชีวภาพ ดังกล่าว จะเป็นตัวกำหนดทิศทางหรืออิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในขณะเดียวกัน ผลจากการกระทำพฤติกรรมจะถูกนำกลับมาพิจารณาเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการคิด เช่นเดียวกัน

ปัจจัยระหว่างพฤติกรรมกับสภาพแวดล้อม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวัน พฤติกรรมสามารถเปลี่ยนเงื่อนไขสภาพแวดล้อม ขณะเดียวกันเงื่อนไขทางด้านสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปนั้นก็ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไปด้วยเช่นกัน

ปัจจัยระหว่างสภาพแวดล้อมกับบุคคล เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะภายในตัวบุคคล และสภาพแวดล้อม ความคาดหวัง ความเชื่อ และปัจจัยภายในของบุคคล จะถูกพัฒนาและเปลี่ยนแปลงได้โดยอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม เช่นการให้ข้อมูลด้วยการผ่านตัวแบบ การสอน และการ

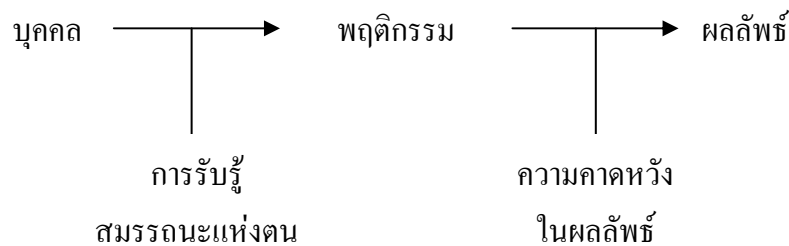
ชักจูงทางสังคม และลักษณะทางกายภาพ ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ และขนาดของร่างกาย นอกจากนี้ การสนองตอบยังขึ้นอยู่กับบทบาทและสถานภาพทางสังคมของบุคคลอีกด้วย

แบนดูรา (Bandura, 1997: 22) ได้ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ไว้ว่า เป็นการรับรู้ความสามารถของตนที่จะจัดการและกระทำกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่มุ่งหวังไว้ได้ โดยอธิบายถึงความเชื่อมั่นสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมดังนี้

1. ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy beliefs) เป็นการรับรู้ของบุคคล ว่าตนมีความสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancies) เป็นความเชื่อมั่นที่บุคคลประเมินการกระทำพฤติกรรมจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างแน่นอน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

บุคคลจะกระทำพฤติกรรม ก็ต่อเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นจนประสบความสำเร็จ และกระทำพฤติกรรมดังกล่าวจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียวแต่ไม่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถร่วมด้วย บุคคลนั้นจะไม่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ (แหล่งที่มา จาก Self-efficacy : the exercise of control by Bandura, 1997)

บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น บุคคลจะต้องรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถเพียงพอ และขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ จึงเกิดความเชื่อมั่นและความพยายามที่จะไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลคาดหวังว่าผลลัพธ์จากการกระทำนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้ามีสมรรถนะแห่งตนต่ำ บุคคลนั้นพยายามที่จะ

หลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลย ดังนั้นความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองและจากคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล

นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาจแตกต่างกันขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ ดังนี้ (Bandura, 1997: 108)

1. มิติตามขนาดหรือตามระดับ (Level) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการกระทำ กิจกรรม ซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ ถ้ารับรู้ว่าจะกระทำนั้นง่ายต่อตน มีความสามารถเพียงพอ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น แต่ถ้างานที่กระทำนั้นยากหรือบุคคลมีขีดความสามารถจำกัด จะส่งผลให้บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่ำ ขาดความมั่นใจ และหลีกเลี่ยงที่จะทำงานที่ยากนั้น

2. มิติความแข็งแกร่ง (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินกำลังความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลที่มีระดับความเข้มแข็งสูงจะมีความเชื่อมั่นว่าตนมีกำลังความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้ หรือเกิดความมั่นใจว่าสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถของตนที่จะกระทำได้ จะทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าวและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

3. มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความมั่นใจในความสำเร็จที่เคยประสบในอดีตและสามารถนำเอาทักษะจากประสบการณ์นั้น มาเชื่อมโยงใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันในต่างสถานการณ์ได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์ต่อกันและมีผลต่อการตัดสินใจ ในรูปแบบที่แตกต่างกันในการที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4 จากแผนภูมิจะเห็นได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการคาดหวังในผลลัพธ์มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยเฉพาะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมในบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สูงจะส่งผลให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมและกระตือรือร้นที่จะกระทำ ถึงแม้ว่าผลที่คาดหวังจะไม่เป็นตามที่ต้องการบุคคลนั้นก็ยังคงมีความอดสาหพยายามและยืนยันที่จะพยายามกระทำต่อไป ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ต่ำ ไม่ว่าจะการคาดหวังผลลัพธ์จะสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำพฤติกรรมอย่างแน่นอนและไม่สนใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นอีกต่อไป ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะของตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่เกิดการกระทำพฤติกรรมของบุคคล

ความคาดหวังในผลลัพธ์

	-	+
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	- ยืนยันที่จะไม่ปฏิบัติ(Protest) - มีข้อคับข้องใจ (Grievance) - มีการเรียกร้องทางสังคม (Social activism) - เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Milieu change)	- ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Productive engagement) - ปรารถนาที่จะปฏิบัติ (Aspiration) - มีความพึงพอใจ (Personal satisfaction)
+	- เลิกที่จะปฏิบัติ (Resignation) - ไม่สนใจ เฉยๆ ไม่รับรู้ (Apathy)	- ความมีคุณค่าในตนเองลดลง (Self – devaluation) - หมดหวังสิ้นหวัง (Despondency)
-		

แผนภูมิที่ 4 แสดงรูปแบบความแตกต่างระหว่างความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่มีต่อพฤติกรรม และสภาวะทางอารมณ์
(แหล่งที่มา จาก Self – efficacy: the exercise of control Bandura, 1997)

แหล่งสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

จากแนวคิดของเบนดูรา (Bandura, 1997: 31) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดได้จากการส่งเสริมจากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

1. ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (Enactive mastery experience) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากบุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรงว่าตนเองกระทำได้สำเร็จ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ครั้งจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นและรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และความคาดหวังว่าตนจะทำสำเร็จ ถึงแม้ว่าบางครั้งในสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนัก เพราะบุคคลจะประเมินว่าตนยังมีความสามารถอยู่ แต่ความล้มเหลวนั้นอาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่นๆ เช่นความพยายามไม่พอหรือใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสมมากกว่าที่บุคคลจะรับรู้ว่าจะตนไม่มีความสามารถ และบุคคลจะพยายาม

ใช้ทักษะในการปรับเปลี่ยนสถานการณ์นั้นๆ แต่หากบุคคลประสบกับความล้มเหลวอยู่เสมอๆ จะส่งผลให้บุคคลประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับที่ลดต่ำลง ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาทักษะต่างๆ ให้เพียงพอ เพื่อจะทำให้บุคคลกระทำแล้วประสบความสำเร็จ ส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น

2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) อิทธิพลจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นในการลงมือกระทำกิจกรรมใดๆ ทำให้บุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถพอ บุคคลจะตัดสินใจที่จะลงมือกระทำกิจกรรมนั้นๆ แต่เนื่องด้วยบุคคลไม่สามารถที่จะประเมินได้ว่าตนมีความสามารถเพียงพอในทุกๆ กิจกรรม บุคคลจะประเมินค่าในความสามารถของตน โดยจากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับตน ถ้าบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตน สามารถทำกิจกรรมแล้วประสบความสำเร็จ จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อว่าตนก็มีความสามารถพอที่จะทำกิจกรรมนั้นสำเร็จได้เช่นเดียวกัน ถ้ามีความเพียรพยายาม ตัวแบบในการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี 2 ประเภทดังนี้ แบนดูรา (Bandura, 1997: 33)

2.1 ตัวแบบที่มีชีวิต (Live – modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่งแบนดูราได้เสนอลักษณะของตัวแบบไว้ ดังนี้

2.1.1 ควรจะมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งทางด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ และฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นมีความเหมาะสมและตนสามารถทำได้ เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกัน

2.1.2 ควรเป็นผู้มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่หากมีชื่อเสียงมากเกินไปจะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าพฤติกรรมนั้น ไม่น่าเป็นจริงได้สำหรับผู้สังเกต

2.1.3 ควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต หรือมีความสามารถสูงกว่าเล็กน้อย

2.1.4 มีกลยุทธ์ในการปรับตัวได้ดีเมื่อพบกับปัญหา

ข้อจำกัดในการเสนอตัวแบบที่มีชีวิต คือ ไม่สามารถทำนายหรือควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์ หรือสื่อต่างๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง ได้แก่ ภาพยนตร์ ทีวี วิดีทัศน์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง เป็นต้น ซึ่งการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์มีผลดี คือ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรม สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้าได้และยังสามารถควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการ

ได้ นอกจากนี้นำไปใช้ได้กับกลุ่มคนจำนวนมากและสามารถเก็บไว้ใช้ในการเสนอตัวแบบครั้งต่อไปได้ด้วย

ในการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนี้ แบนดูรา (Bandura, 1986: 359) ได้กล่าวว่าประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังต่อไปนี้

1) กระบวนการสนใจ (Attentional processes) กระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งปัจจัยของตัวบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ ได้แก่ ทักษะทางการคิด แนวความคิดเดิม การเห็นคุณค่าของพฤติกรรมที่ตัวแบบได้แสดงออก เป็นต้น

2) กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) กระบวนการเก็บจำจะเป็นการที่บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลที่ตัวแบบได้แสดงออกไปเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์ เพื่อจะนำข้อมูลสัญลักษณ์เหล่านั้นไว้ในรูปของความจำถาวร ในรูปของหลักการ และแนวความคิดโดยการจัดระบบโครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ เพื่อชี้แนะการแสดงพฤติกรรมในอนาคตต่อไป

3) กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปของจำออกมาเป็นการกระทำ

4) กระบวนการจูงใจ (Motivation processes) เป็นกระบวนการเสริมแรงที่จะช่วยให้บุคคลกระทำพฤติกรรม

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการสนับสนุนโดยการพูดให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้ โดยเฉพาะในพฤติกรรมที่ยาก ถ้ามีบุคคลที่ตนเชื่อถือคอยให้คำแนะนำ กำลังใจ กล่าวชมเชย จะทำให้บุคคลเกิดความพยายามและความมั่นใจมากขึ้นที่จะกระทำพฤติกรรม การชักจูงด้วยการพูดเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย แต่การใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่มีผลต่อการเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้มากนัก ถ้าจะให้ผลดีควรใช้ร่วมกับแหล่งข้อมูลสนับสนุนแหล่งอื่นไปด้วย

4. สภาวะทางด้านร่างกาย และอารมณ์ (Physiological and affective state) บุคคลจะมีการตัดสินใจถึงความสามารถแห่งตน โดยผ่านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายจะหมายถึง การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกเมื่อมีภาวะถูกคุกคามและการเผชิญความเครียด ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ถ้าในสภาวะร่างกายที่มีความผิดปกติ หรือเจ็บป่วย เช่น ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า ภาวะที่ไม่สุขสบาย จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดต่ำลง สภาวะอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ การแสดงออกถึงอารมณ์ทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีผลทำให้บุคคลรับรู้ถึง

สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น แต่อารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว และความทุกข์ทรมาน เป็นต้น จะส่งผลให้บุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง และมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะสูงขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีภาวะสุขภาพที่ปกติและมีการลดหรือควบคุมสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะจัดการและกระทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตนเองมุ่งหวังไว้ได้ การที่บุคคลจะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น บุคคลต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะแห่งตนก่อนจึงจะเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นและมีความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นแรงกระตุ้นเสริมให้มีการรู้ในสมรรถนะแห่งตนมากขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับ มิติ 3 มิติ คือ มิติของระดับความยากง่ายของพฤติกรรมที่กระทำ มิติความเป็นสากล และมิติความเข้มแข็ง หรือความมั่นใจของบุคคลที่จะกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลนั้น สามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยหลายประการที่กล่าวมา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นอาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรืออาจเกิดจากปัจจัยหลายประการมาผสมผสานกันก็ได้

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะตัดสินใจกระทำเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ดังที่ตนต้องการ แบนดูรา (Bandura, 1997: 29) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาหลายการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ที่ได้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์และส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของไดคลีเมนต์ และคณะ (Diclement, et al., 1995: 295) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่และเป็นตัวทำนายที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาของมีแลน แมคแลน และลาอูม (Meland, Macland & Laerum, 1999: 112) ถึงความสำคัญของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทำการศึกษาเชิงเปรียบเทียบถึงวิธีการในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 110 คน ในระยะเวลา 1 ปี ในเมืองฮอลต์แลน ภาคตะวันตกของนอร์เวย์ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็น

ตัวแปรเดียวที่สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับอิวาทและเทเลอร์ (Ewart & Taylor, 1996: 97) ได้ทำการศึกษาถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

นอกจากนี้จากการศึกษาเชิงทดลองของกอร์ทเนอร์ และเจนกินส์ (Gortner & Jenkins, 1990: 5) ได้ทำการศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อระดับการปฏิบัติกิจกรรมภายหลังการผ่าตัดหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 149 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 75 ราย กลุ่มควบคุม 81 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 1) การสังเกตตัวเองจากวิถีทัศน์ที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวและแก้ไขปัญหา 2) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยมีการใช้คำพูดชักจูง ให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทำการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และประเมินผลในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการปฏิบัติกิจกรรมมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะ 4 และ 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับการปฏิบัติกิจกรรมใน 4 สัปดาห์สามารถเป็นตัวทำนายถึงระดับการปฏิบัติกิจกรรมในระยะ 24 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เชอร์เรอร์ และชิมเมล (Scherer & Shimmel, 1996: 7) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาเป็นกรอบแนวคิดในการให้โปรแกรมการสอน ในกลุ่มตัวอย่าง อายุ 65 ปี จำนวน 15 ราย โดยอาศัยแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การให้กลุ่มตัวอย่างวางเป้าหมายในการเข้าร่วมการทดลองและสร้างรูปแบบในการฝึกฝนตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก 2) ให้กลุ่มตัวอย่างได้ชมวิถีทัศน์ที่แสดงโดยตัวเองซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการหายใจลำบากได้จนประสบความสำเร็จ 3) ในระหว่างการฝึกกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการยกย่องชมเชย เมื่อสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในเรื่องการงดสูบบุหรี่ และ 4) กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอนเทคนิคการจัดการกับความเครียดและการฝึกการผ่อนคลาย พบว่าหลังการให้โปรแกรมการสอนกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นในการควบคุมหรือหลีกเลี่ยงอาการหายใจลำบาก

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรค นอกจากนี้จากภาวะของโรคยังส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ได้ลดลง ดังนั้นการส่งเสริมให้มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1997: 29) และการทบทวนวรรณกรรม เพื่อพัฒนาสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้เพิ่มขึ้นและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้เหมาะสม โดยใช้การสนับสนุนจากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

1. การสังเกตจากตัวแบบสัญลักษณ์ โดยให้ผู้ป่วยได้สังเกตตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแล้วประสบความสำเร็จผ่านทางสื่อวีดิทัศน์ เรื่องพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตัวแบบจะนำเสนอถึงแนวทางในการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม ทำการมีเพศสัมพันธ์ การเตรียมความพร้อมก่อนมีเพศสัมพันธ์และข้อพึงระวังในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ใช้เวลานำเสนอ 15 นาที โดยมีแนวทางในการสร้างตัวแบบดังนี้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543: 37)

- 1.1 กำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้ผู้สังเกตเรียนรู้
- 1.2 ค้นหา รวบรวมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์มาเป็นเนื้อหาในตัวแบบสัญลักษณ์
- 1.3 กำหนดตัวแบบ โดยคัดเลือกให้ตัวแบบมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต
- 1.4 มีการจัดสภาพการณ์ เพื่อเอื้อให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับพฤติกรรมของตัวแบบ
- 1.5 กำหนดพฤติกรรมของตัวแบบ โดยพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นจะต้องอยู่ในระดับความสามารถที่ใกล้เคียงกับที่ผู้สังเกตจะกระทำได้
- 1.6 กำหนดผลลัพธ์จากการกระทำที่ตัวแบบได้รับ โดยให้เป็นลักษณะจูงใจให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่า ถ้าตนมีพฤติกรรมดังเช่นกับตัวแบบแล้ว เขาก็จะได้รับผลลัพธ์จากการกระทำเช่นเดียวกับตัวแบบ
- 1.7 ในการนำเสนอข้อมูลต้องมีขั้นตอนชัดเจน ตัวแบบต้องแสดงให้เห็นเข้าใจง่าย ไม่สับสน และง่ายต่อการเลียนแบบ ระยะเวลาในการนำเสนอตัวแบบแต่ละครั้ง ควรอยู่ระหว่าง

15 – 30 นาที และความถี่ในการนำเสนอในแต่ละเรื่องควรเว้นช่วงห่างกันตั้งแต่ 1 – 7 วัน

1.8 มีการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญถึงความชัดเจนของเนื้อหาและนำไปวัดประสิทธิภาพของวิดิทัศน์โดยใช้ผู้สังเกตตั้งแต่สองคนขึ้นไป

2. การสนับสนุนสถานะด้านสรีระและอารมณ์ ก่อนที่จะให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมทุกครั้ง ผู้วิจัยจะมีการเตรียมผู้ป่วย ดังนี้

2.1 การสนับสนุนด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์ จะเป็นการลดสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ซึ่งจะมีผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพจากการซักประวัติ วัตถุประสงค์ วิดัลัญญาณชีพ

2.2 จัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้พูดคุยในเรื่อง พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและมีการแจกคู่มือการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ป่วยและป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรค

3. การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง เป็นการจัดเตรียมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีประสบการณ์ของการลงมือกระทำกิจกรรมตามลำดับขั้นตอนเป็นระยะจากกิจกรรมที่ง่ายไปยาก ดังนี้

3.1 สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำในกิจกรรมการนับชีพจร การประเมินความพร้อมของร่างกายผู้ป่วยก่อนการมีเพศสัมพันธ์ โดยการเดินเร็ว เมื่อผู้ป่วยสามารถทำการนับชีพจรได้แล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น จากนั้นผู้วิจัยจะนำอัตราเต้นของชีพจรของผู้ป่วยแต่ละรายมาคำนวณหาค่าชีพจรเป้าหมายในการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เชื่อมั่นในความปลอดภัยในการทำกิจกรรมการเดินเร็วต่อไป

3.2 ให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำในกิจกรรมการออกกำลังกายโดยการเดินเร็วตามโปรแกรมการเดิน โดยการเดินแต่ละครั้งจะใช้เวลา 30 นาที

4. การชักจูงด้วยคำพูด เป็นการสนับสนุนจากการพูดชักจูงของผู้วิจัยในขณะที่ผู้ป่วยทำการฝึกกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งการแนะนำ อธิบายเพิ่มเติม ตลอดทั้งการให้กำลังใจ หรือชมเชยผู้ป่วยเมื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดีแล้ว

5. โปรแกรมดังกล่าว ใช้แหล่งสนับสนุนครบ 4 แหล่งสนับสนุน โดยให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรม 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที และเมื่อครบ 3 ครั้งแล้ว ให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติต่อที่บ้านเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติที่บ้านนั้น ผู้วิจัยจะโทรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 6 ของการฝึกปฏิบัติที่บ้าน เพื่อจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขไทย ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างกะทันหันจากภาวะแทรกซ้อน แนวทางที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวคือ ผู้ป่วยควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรักษา และการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมักจะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีความกลัวว่าจะเกิดภาวะหัวใจวายขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ทำให้คนที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจมักจะขาดความสุขในชีวิต กินไม่ได้ นอนไม่หลับ มีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ เฝ้ามแต่คิดว่าตนเป็นโรคหัวใจอยู่ตลอดเวลา มีความวิตกกังวลสูงและจิตใจห่อเหี่ยวทำให้ความฟิตความกระปรี้กระเปร่าของร่างกายน้อยลงไป สมรรถภาพทางเพศ จึงพลอยเสื่อมถอยลงไปด้วย รวมทั้งปัญหาการขาดข้อมูลความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ได้ได้รับการแก้ไข ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคม ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมไทยมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรพูด ไม่ควรเปิดเผย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้วิชาชีพแพทย์และพยาบาลลำบากใจในการให้คำแนะนำปัญหาทางเพศสัมพันธ์ หรือความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นำไปสู่การขาดความตระหนักในปัญหาเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย ซึ่งกลับกลายเป็นสาเหตุของความวิตกกังวล ความกลัว พฤติกรรมทางเพศที่ถดถอยหรือหยุดการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาชีวิตด้านเพศสัมพันธ์ ปัญหาครอบครัวตามมาเป็นลูกโซ่ในที่สุด การที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้นเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดได้ บุคคลจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกิดขึ้นเสียก่อน ซึ่งการส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะแห่งตนได้นั้นสามารถกระทำได้ โดยใช้แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การสนับสนุนจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของบุคคลที่สามารถกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดแล้วเกิดผลสำเร็จ ผลสำเร็จจากการกระทำดังกล่าวจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น 2) การสนับสนุนจากการได้สังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น เป็นการเรียนรู้โดยการสังเกตจากประสบการณ์จากตัวแบบที่มีสภาพคล้ายคลึงกับคนที่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ตัวแบบดังกล่าวจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่กระทำพฤติกรรมนั้นได้เช่นเดียวกับตัวแบบ 3) การสนับสนุนโดยการชักจูงด้วยคำพูด เป็นการพูดให้กำลังใจการชมเชยหรือการพูดชักจูงจากบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น และ 4) การสนับสนุนด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเกิดสมรรถนะแห่งตน ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิด

ความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมได้ ผลการวิจัยส่วนใหญ่สนับสนุนเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้ที่มีอำนาจในการทำนายที่ดีถึงแนวโน้มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะช่วยเพิ่มสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ซึ่งโปรแกรมนี้สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน และให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าตนจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสมได้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม (Pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

สถานที่ศึกษา

สถานที่ในการศึกษาครั้งนี้คือ คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี มีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจมารับบริการเฉลี่ยวันละ 15 ราย มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 คน ให้บริการในด้านการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง ทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพาน โดยมีอายุรแพทย์โรคหัวใจเป็นผู้ให้การดูแลรักษา และพยาบาลประจำการเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหัวใจ และการมาตรวจตามนัด

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและมารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจดังกล่าว โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 ราย ทั้งนี้ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการของโพลิต และ ฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) ที่กล่าวว่าถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลองที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มควรมีก่อนมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุด

10 ราย ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 35-65 ปี
2. สถานภาพสมรสคู่ หรือ มีคู่ชีวิตที่อยู่ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอทางนิตินัยและ/หรือ พหุติณย์ที่มีชีพเสถียรด้วยกัน โดยมีระยะเวลาในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันไม่น้อยกว่า 10 ปี
3. ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยจำแนกความรุนแรงของโรคตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ไม่เกินระดับ 2
4. มีอาการของโรคคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความผิดปกติใดๆ ในช่วงระยะเวลา ก่อนการวิจัยอย่างน้อย 6 เดือน
5. ไม่มีปัญหาทางระบบประสาท สมอง กล้ามเนื้อ หรือภาวะของโรคที่มีผลต่อการ ปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรม
6. สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจ
7. เต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้
8. เป็นผู้ป่วยที่แพทย์โรคหัวใจเห็นสมควรอนุญาตให้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์
9. เมื่อประเมินระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์พบว่าอยู่ใน ระดับต่ำถึงปานกลาง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ที่มารับการ รักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย แรกเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 20 รายหลังเป็นกลุ่มทดลองเพื่อลดการเกิดอคติระหว่างกลุ่ม

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 20 ราย จะได้รับการพยาบาล ตามปกติ จากพยาบาลประจำการคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 20 คน ซึ่งจะได้รับโปรแกรมการ ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์

ในการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการผันแปรของข้อมูลและช่วยให้ เกิดความแม่นยำมากที่สุด ผู้วิจัยจึงควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่องต่อไปนี้

1. อายุแตกต่างกันไม่เกิน 10 ปี
2. เพศเดียวกัน
3. ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ
4. กลุ่มยาและการรักษาที่ได้รับ

ทั้งนี้เกณฑ์ในการคัดเลือกรวมตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบ 2 เดือน หรือ มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการทำ Coronary artery bypass graft (CABG) , Percutaneous transluminal coronary angiography (PTCA)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพ สมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

1.2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนหนึ่งผู้วิจัยสามารถบันทึกจากเวชระเบียน ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ โรคร่วม ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ตามหลักการและข้อควรปฏิบัติในการมีเพศสัมพันธ์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ และให้คะแนน ดังนี้

มั่นใจมาก	หมายถึง มีความมั่นใจมากที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมให้คะแนนเท่ากับ 4
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง มีความมั่นใจปานกลางที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมให้คะแนนเท่ากับ 3
มั่นใจน้อย	หมายถึง มีความมั่นใจน้อยที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม ให้คะแนนเท่ากับ 2

ไม่มั่นใจเลย หมายถึง ไม่มีความมั่นใจเลยที่จะสามารถปฏิบัติ
กิจกรรมให้คะแนนเท่ากับ 1

การแปลความหมายคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์พิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งคะแนนทั้งหมดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และ ต่ำ โดยประเมินค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ได้ดังนี้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2539: 52)

คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 3.00 - 4.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 2.00 - 2.99 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.00 - 1.99 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ด้านเพศสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ และให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 80 -100 จากที่เคยปฏิบัติ
ให้คะแนนเท่ากับ 3

ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 60 -79 จากที่เคยปฏิบัติ
ให้คะแนนเท่ากับ 2

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรม
ให้คะแนนเท่ากับ 1

การแปลความหมายของคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งคะแนนทั้งหมดเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง และต่ำ โดยประเมินค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ได้ดังนี้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2539: 52)

คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 2.35 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์
ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.67 - 2.34 หมายถึง มีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์
ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.00 - 1.66 หมายถึง มีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์
ในระดับต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วยการใช้แหล่งสนับสนุน 4 วิธี ดังนี้

2.1.1 สื่อวีดิทัศน์การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ เรื่องพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยกำหนดตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นชาย 1 ราย และหญิง 1 ราย โดยตัวแบบจะเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วย อาการของโรค การรักษา การประเมินความพร้อมก่อนการมีเพศสัมพันธ์โดยการเดินเร็วด้วยตนเอง รวมทั้งปัญหาหรืออุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการกับปัญหานั้น และพูดชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมเช่นเดียวกับตน ใช้เวลาในการนำเสนอประมาณ 15 นาที ซึ่งมีวิธีการสร้างสื่อวีดิทัศน์ ดังนี้

1) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์โดยสื่อวีดิทัศน์จากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) กำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดเรื่องและวางเค้าโครงเรื่อง และกำหนดตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับโรค โดยใช้วิธีการประเมินความพร้อมก่อนการมีเพศสัมพันธ์โดยการเดินเร็ว และยินดีให้ความร่วมมือในการแสดงเป็นตัวแบบ

3) เขียนสคริปต์วีดิทัศน์การเสนอตัวแบบ มีเนื้อหาในเรื่อง พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสม จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปบันทึก

4) บันทึกแผ่นวีดิทัศน์ ตัดต่อภาพ และบันทึกเสียงโดยบุคลากรด้านการผลิตโสตทัศนูปกรณ์ จากนั้นนำไปทดสอบประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

2.1.2 การสนับสนุนด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์ จะเป็นการลดสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ซึ่งจะมีผลกระทบต่อด้านร่างกายของผู้ป่วย โดยการสร้างสัมพันธภาพจากการซักประวัติ วัตถุประสงค์ ชีพ จัดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้พูดคุยในเรื่องพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและมีการแจกคู่มือการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ป่วยและป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรค

2.1.3 การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง โดยจะให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ลงมือปฏิบัติจริง จากพฤติกรรมง่ายไปยาก โดยให้ฝึกนับชีพจรและฝึกออกกำลังกายโดยการเดินเร็วตามลำดับ

2.1.4 การสนับสนุนโดยการชักจูงด้วยคำพูด ให้กำลังใจ สนับสนุน ชมเชย เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ได้ดี และ ให้คำแนะนำ อธิบายเพิ่มเติม ในกิจกรรมที่มีข้อสงสัยหรือยังปฏิบัติได้น้อย เพื่อโน้มน้าวให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้ตระหนักถึงสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

2.2 คู่มือการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาคำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อควรหลีกเลี่ยงอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เพื่อใช้ประกอบขณะกลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน

2.3 เครื่องคอมพิวเตอร์แบบพกพาเพื่อใช้ในการแสดงวีดิทัศน์

2.4 นาฬิกาตั้งโต๊ะแบบมีเข็มวินาที

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือโดยผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จำนวน 5 คนดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ	1 คน
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเพศสัมพันธ์	1 คน
อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1 คน
อาจารย์พยาบาลชำนาญการ โรคหลอดเลือดหัวใจ	1 คน
พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ	1 คน

โดยดำเนินการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม (Content validity) และการใช้ภาษา ความชัดเจน เพื่อให้ตรงตามเนื้อหาและครอบคลุม และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยวิธีการหาค่าดัชนีความตรงของเครื่องมือทั้งหมด (Content Validity Index : CVI) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550: 224)

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

เกณฑ์ $CVI \geq 0.8$

ผลการตรวจสอบของเครื่องมือพบว่า แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่า CVI เท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่า CVI เท่ากับ 0.83

ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item object congruence: IOC)

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลการตรวจสอบของเครื่องมือพบว่า แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.8 -1

เครื่องมือที่นำมาตรวจสอบประกอบด้วย

1. แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. แบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. คู่มือการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
4. สคริปต์สื่อวีดิทัศน์การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ เรื่องพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่

เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขและบันทึกแผ่นวีดิทัศน์ แล้วนำแผ่นวีดิทัศน์ และคู่มือการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้วยการทดสอบคุณภาพคุณภาพเครื่องมือ (Try out) โดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาแล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาวิจัย จำนวน 10 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามที่ทดสอบแล้วมาวิเคราะห์เพื่อ

ปรับปรุงให้แบบสอบถามมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient)

ผลการตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบว่า แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาช เท่ากับ 0.94 และแบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาช เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย และวิธีการรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมอบหนังสือลงนามยินยอมให้ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการให้ความร่วมมือเป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ หากไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และมีสิทธิที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ต้องออกจากการวิจัยเนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาชัย 1 เพื่อทำการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งขนาดเล็ก (PTCA) ตามแผนการรักษาของแพทย์ ขณะที่ดำเนินการวิจัยถ้าผู้เข้าร่วมวิจัย มีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น เจ็บหน้าอก ผู้วิจัยจะหยุดทำดำเนินการวิจัยและดูแลให้การรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพจนกระทั่งมีอาการดีขึ้น และประเมินความพร้อมของผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการให้ความร่วมมือเข้าร่วมศึกษาการวิจัย และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีให้ข้อมูล จึงดำเนินการศึกษาต่อ ซึ่งข้อมูลที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ มีการใช้รหัสแทนชื่อจริง และนำมาใช้เฉพาะการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2552 ถึง เมษายน 2553 โดยแบ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรกเป็นกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการของคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โดย

การพยาบาลตามปกติที่กลุ่มควบคุมจะได้รับคือ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพยาบาลประจำการ ได้แก่ การให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนต่างๆไป เช่นการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด ซึ่งเคยปฏิบัติกันประจำโดยไม่ใช้โปรแกรมซึ่งผู้วิจัยกำหนดขึ้น ส่วนกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มทดลองคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่จะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์เป็นพื้นฐาน โดยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษากลุ่มแรกซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมก่อน ทั้งนี้เพื่อลดอคติระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัย และหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดย ชี้แจงเหตุผลวัตถุประสงค์ รวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่งแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบ้านโป่ง เพื่อชี้แจงเหตุผล วัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย
3. เมื่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลบ้านโป่งอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงเหตุผล วัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการวิจัย
4. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน 20 รายแรก เมื่อทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน 20 รายแรกแล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลองอีก 20 ราย
5. จัดเตรียมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
6. ผู้ดำเนินการวิจัยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมดังนี้ (ดังแผนภูมิที่ 5)
 - 6.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ

6.2 ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ชุด และ แบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ชุด

6.3 ผู้วิจัยสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยซึ่งแบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่

6.3.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยตามแบบบันทึกประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

6.3.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนหนึ่งผู้วิจัยสามารถบันทึกจากเวชระเบียน ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

6.4 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก

6.5 ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลอีกครั้งในเวลา 8 สัปดาห์ หลังจากการรวบรวมข้อมูลในครั้งแรก โดยใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ชุด และ แบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ชุด

7. ผู้ดำเนินการวิจัยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองดังนี้ (ดังแผนภูมิที่ 5)

7.1 ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกับข้อ 6.1, ข้อ 6.2, ข้อ 6.3 ของกลุ่มควบคุม

7.2 ผู้วิจัยดำเนินการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ตามโปรแกรมแก่ผู้ป่วยและคู่สมรสจนครบ 20 ราย ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ใช้ระยะเวลาครั้งละประมาณ 60 นาที ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

7.2.1 สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจโดยครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และข้อควรปฏิบัติด้านเพศสัมพันธ์พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างชมวีดิทัศน์เรื่องพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยที่ตัวแบบจะเล่าประสบการณ์การเป็นโรค อาการของโรค การรักษาที่ได้รับ การปฏิบัติตนด้าน

เพศสัมพันธ์และสาธิตการออกกำลังกายแบบเดินเร็ว พร้อมทั้งพูดชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกาย เพื่อประเมินความพร้อมก่อนการมีเพศสัมพันธ์

3) สถานะด้านร่างกายและอารมณ์ ผู้วิจัยประเมินด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างโดยประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต อาการและอาการแสดง และแก้ไขเมื่อพบปัญหา รวมทั้งประเมินด้านอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล จากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง การพูดคุย และสนทนาเมื่อพบปัญหา รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคู่สมรสเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล

4) ประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ผู้วิจัยเสนอวิธีการออกกำลังกายแบบเดินเร็ว ความหนักเบาระดับปานกลางซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อประเมินความพร้อมก่อนการมีเพศสัมพันธ์จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกออกกำลังกายด้วยการเดิน โดยมีการอบอุ่นร่างกาย การเดินนาน 10-15 นาที และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พร้อมทั้งให้สาธิตย้อนกลับ

5) การชักจูงด้วยคำพูด ผู้วิจัยพูดชักจูงกลุ่มตัวอย่าง ให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการออกกำลังกาย พร้อมทั้งให้คำแนะนำ กล่าวชมเชย ให้กำลังใจขณะกลุ่มตัวอย่างฝึกออกกำลังกาย

6) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ชักถามปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข

7.3 หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้กระทำในครั้งที่ 1 พร้อมทั้งกล่าวอำลา และบอกเวลานัดพบในวันต่อไป

7.4 สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

7.4.1 ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยทักทาย และชักถามเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

7.4.2 ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับกิจกรรมในวันที่ 2 อย่างคร่าวๆ ให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเตรียมพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม

7.4.3 ผู้วิจัยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับกิจกรรมในครั้งที่ 1 โดยให้เพิ่มเวลาในการเดินเป็น 15-20 นาที

7.4.4 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างชักถามปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์และร่วมกันหาแนวทางการแก้ไข

7.4.5 หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้กระทำในครั้งที่ 2 พร้อมทั้งกล่าวอำลา และบอกเวลานัดพบในวันต่อไป

7.5 สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 3 ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่กลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับกิจกรรมในครั้งที่ 2 โดยให้เพิ่มเวลาในการเดินเป็น 20- 30 นาที และสนับสนุนให้ผู้สมรสมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจผู้ป่วย

7.6 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 6 ให้บริการปรึกษาให้คำแนะนำ สอบถามปัญหาจากการฝึกปฏิบัติ เพื่อเป็นการตรวจสอบสมรรถภาพ ได้แก่ มาตรการจับชีพจร หรือ อบอุ่นร่างกายก่อนการเดินเป็นบางครั้ง ส่วนปัญหาที่ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับด้านเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การปฏิบัติตน ก่อนมีเพศสัมพันธ์ ขณะมีเพศสัมพันธ์ และ หลังมีเพศสัมพันธ์

7.7 สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 4

7.7.1 ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ชุด และ แบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ชุด ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

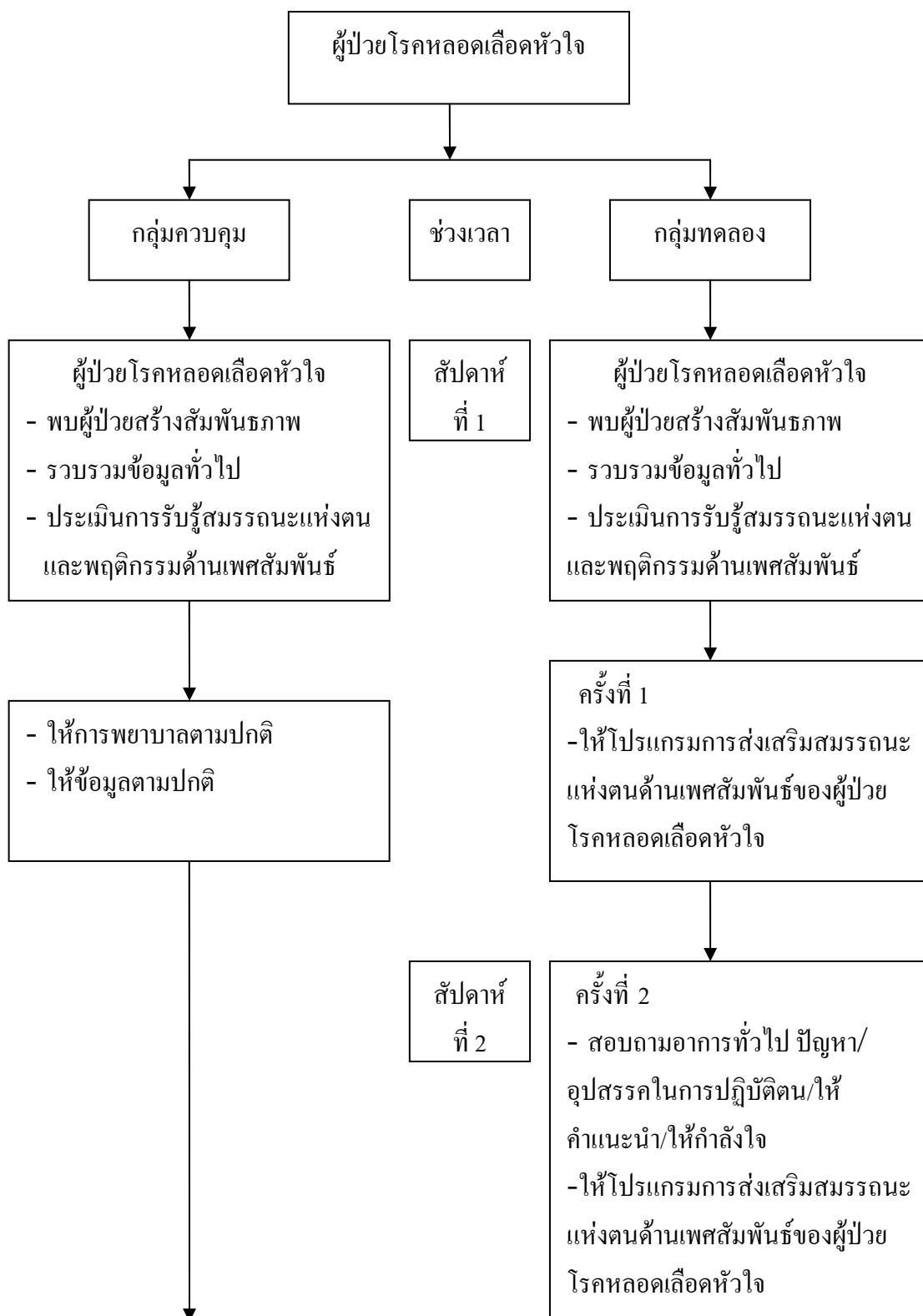
7.7.2 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

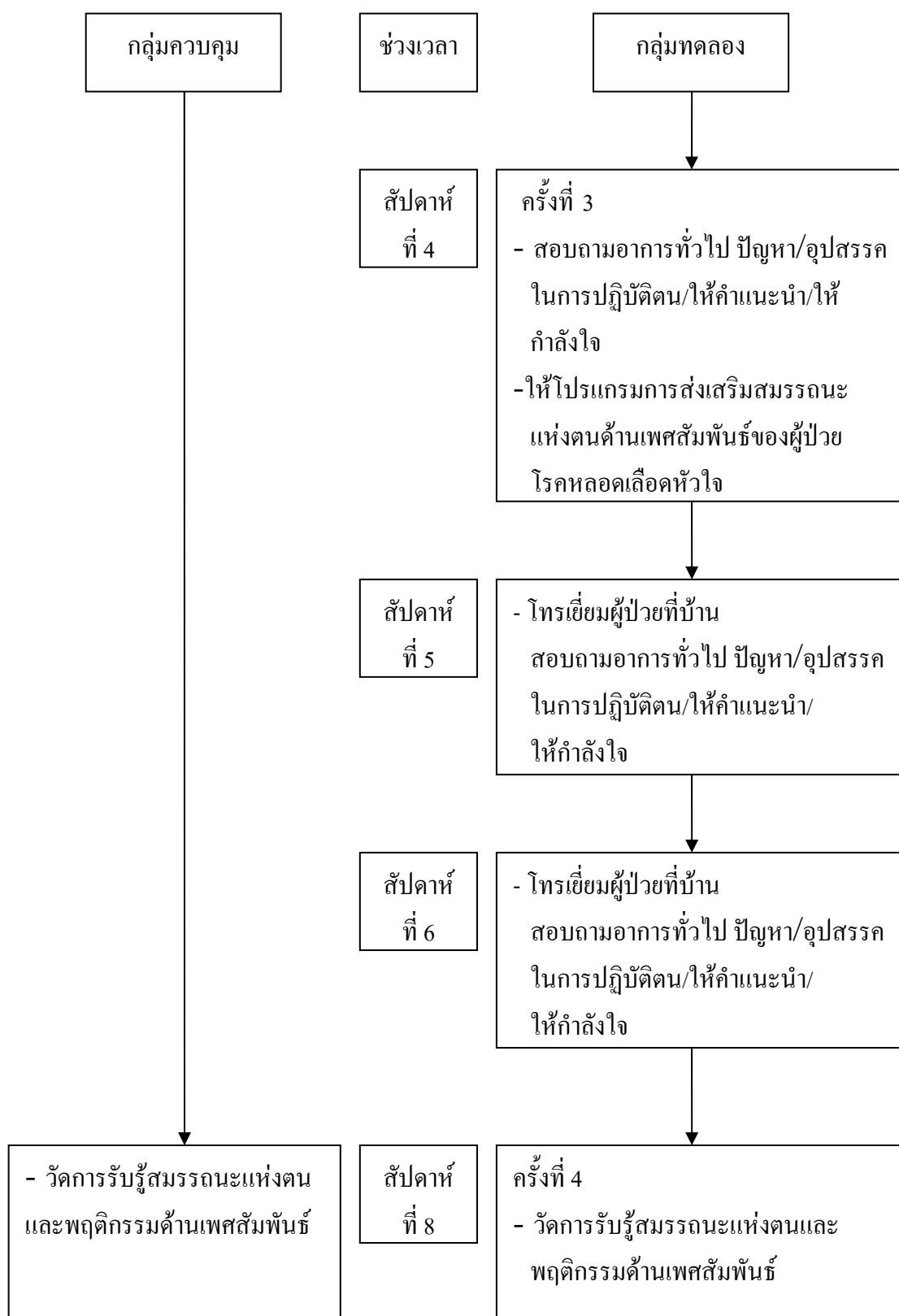
1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ และคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์และคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ด้วยสถิติทดสอบค่าที ชนิด 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (t-test for independent sample)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์และคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบค่าที ชนิด 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (t-test for dependent sample)
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้วย

สถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance : ANCOVA) โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรร่วม

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งคนด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance : ANCOVA) โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรร่วม



แผนภูมิที่ 5 ขั้นตอนในการดำเนินการเก็บข้อมูล



แผนภูมิที่ 5 ขั้นตอนในการดำเนินการเก็บข้อมูล (ต่อ)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลองโดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 ราย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2553 ผลการศึกษานำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบ พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความรุนแรงของโรคจำแนกตามสมาคมโรคหัวใจของนิวยอร์กไม่เกินระดับ 2 และมารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ ดังแสดงในตารางที่ 1-4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10	50.00	10	50.00
หญิง	10	50.00	10	50.00
อายุ				
44 - 54	11	55.00	12	60.00
55 - 65	9	45.00	8	40.00

(\bar{X} = 53.15 , S.D. = 3.40 (\bar{X} = 52.65 , S.D. = 3.71
Max = 57 , Min = 48) Max = 57 , Min = 48)

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.00 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 44-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.15 ปี ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 44-54 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.65 ปี

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	5.00	2	10.00
ประถมศึกษา	11	55.00	14	70.00
มัธยมศึกษา	6	30.00	3	15.00
อนุปริญญา	0	00.00	1	5.00
ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	2	10.00	0	00.00
อาชีพ				
รับจ้าง	4	20.00	12	60.00
ค้าขาย	7	35.00	3	15.00
เกษตรกร	3	15.00	2	10.00
รับราชการ	1	5.00	1	5.00
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	25.00	2	10.00
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว				
เพียงพอ	20	100.00	15	75.00
ไม่เพียงพอ	0	00.00	5	25.00

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.00 ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 35.00 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60.00 สำหรับรายได้เฉลี่ยของครอบครัวนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทั้งหมดมีรายได้เพียงพอกคิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกคิดเป็นร้อยละ 75.00

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคร่วม ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ				
ต่ำกว่า 1 ปี	8	40.00	0	00.00
1 – 5 ปี	10	50.00	15	75.00
6 – 10 ปี	2	10.00	5	25.00
โรคร่วม*				
ความดันโลหิตสูง	10	66.70	11	47.80
เบาหวาน	2	13.30	2	8.70
ไขมันในเลือดสูง	7	46.70	9	43.50
ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ*				
บุคลิกภาพแบบเอ	4	16.70	6	19.40
สูบบุหรี่	7	29.20	8	25.80
โรคอ้วน	1	4.20	2	6.50
ขาดการออกกำลังกาย	12	50.00	15	48.40

* ใช้สถิติการคิดเทียบร้อยละ (Percentile response) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง 1 รายพบว่ามีโรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกันหลายข้อ

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในช่วง 1 – 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 และร้อยละ 75.00 ตามลำดับ สำหรับโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจคือขาดการออกกำลังกาย โดยกลุ่มทดลองพบได้ร้อยละ 66.70 และ ร้อยละ 50.00 ส่วนกลุ่มควบคุมพบได้ร้อยละ 47.80 และ ร้อยละ 48.40 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค				
Unstable angina	4	20.00	1	5.00
Ischemic heart disease	5	25.00	3	15.00
STEMI	3	15.00	11	55.00
NSTEMI	8	40.00	5	25.00
ระดับความรุนแรงของโรค				
ระดับ 1	12	60.00	14	70.00
ระดับ 2	8	40.00	6	30.00
การรักษาที่ได้รับ*				
ยาต้านเกล็ดเลือด	20	24.70	20	23.00
ยาขยายหลอดเลือด	20	24.70	19	21.80
ยาลดปริมาณเลือดก่อนและหลังหัวใจบีบตัว	20	24.70	19	21.80
ยาลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ	1	1.20	1	1.11
ยาลดไขมันในเลือด	8	9.90	11	12.60
ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด	2	2.25	2	6.90

* ใช้สถิติการคิดเทียบร้อยละ (Percentile response) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง 1 รายพบว่ามีการรักษาที่ได้รับร่วมกันหลายข้อ

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยโรคเป็น NSTEMI คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการวินิจฉัยโรคเป็น STEMI คิดเป็นร้อยละ 55.00 ส่วนระดับความรุนแรงของโรคและการรักษาที่ได้รับนั้นพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 และการรักษาที่ได้รับคือ ยาต้านเกล็ดเลือดและยาขยายหลอดเลือดโดยกลุ่มทดลองพบได้ร้อยละ 60.00 และ 24.70 ส่วนกลุ่มควบคุมพบได้ร้อยละ 70.00 และ ร้อยละ 23.00 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 5 - 8

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

สมรรถนะแห่งตน ด้านเพศสัมพันธ์	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มควบคุม (n = 20)		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ก่อนการศึกษา	2.21	.47	ปานกลาง	2.05	.46	ปานกลาง
หลังการศึกษา	3.26	.48	สูง	2.07	.47	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ มีสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์เท่ากับ 2.21 (S.D. = .47) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์เท่ากับ 2.05 (S.D. = .46) หลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์เท่ากับ 3.26 (S.D. = .48) ส่วนกลุ่มควบคุมมีสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์เท่ากับ 2.07 (S.D. = .47)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

พฤติกรรม ด้านเพศสัมพันธ์	กลุ่มทดลอง (n = 20)			กลุ่มควบคุม (n = 20)		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ก่อนการศึกษา	1.71	.46	ปานกลาง	1.64	.36	ต่ำ
หลังการศึกษา	2.52	.33	สูง	1.75	.32	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลองก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ มีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 1.71 (S.D. = .46) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์เท่ากับ 1.64 (S.D. = .36) หลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ด้านเพศสัมพันธ์ กลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง โดยกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์เท่ากับ 2.52 (S.D. = .33) ส่วนกลุ่มควบคุมมีสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์เท่ากับ 1.75 (S.D. = .32)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายข้อ

สมรรถนะแห่งตน ด้านเพศสัมพันธ์	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ท่านมั่นใจว่าการมีเพศสัมพันธ์ภายหลัง มีการพักผ่อนของหัวใจ 6-8 สัปดาห์ สามารถทำได้	1.70	.92	ต่ำ	3.25	.44	สูง
2. ท่านสามารถตรวจสอบความพร้อมของ ร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การ เดินเร็ว 1 กม. ในเวลา 10-15 นาทีหรือ เดินขึ้น-ลงบันไดบ้าน 2 ชั้น	1.65	.74	ต่ำ	3.20	.41	สูง
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ หากพักผ่อนเพียงพอหรือในช่วงเวลา เช้าตรู่หลังการนอนหลับอย่างเต็มที่	1.85	.93	ต่ำ	3.20	.83	สูง
4. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หลังรับประทานอาหารอิมใหม่ ๆ	2.20	.83	ปานกลาง	3.30	.65	สูง
5. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง ก่อนมีเพศสัมพันธ์	2.40	.88	ปานกลาง	3.30	.73	สูง
6. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการมี เพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่คุ้นเคย	3.75	.71	สูง	3.90	.30	สูง
7. ท่านสามารถใช้สถานที่คุ้นเคย บรรยากาศ สบายและเงียบสงบ ห้องไม่ร้อนจัดหรือ หนาวจัดจนเกินไปขณะมีเพศสัมพันธ์	2.45	.75	ปานกลาง	3.40	.68	สูง
8. ท่านสามารถใช้การเล้าโลมก่อนการ ร่วมเพศ เช่น การกอด จูบ ลูบคลำ ได้	2.40	.68	ปานกลาง	3.30	.65	สูง
9. ท่านมั่นใจว่าสามารถมีกิจกรรม เพศสัมพันธ์อย่างช้าๆ ไม่เร่งรีบ โดยใช้ ท่าที่ไม่ใช้แขนพุงน้ำหนักตัว	2.30	.65	ปานกลาง	3.25	.85	สูง

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายข้อ (ต่อ)

สมรรถนะแห่งตน ด้านเพศสัมพันธ์	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
10. ท่านมั่นใจที่จะใช้ทำที่คุ้นเคยและ ผ่อนคลาย ในการมีเพศสัมพันธ์	2.55	.60	ปานกลาง	3.30	.80	สูง
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถร่วมเพศได้ถึง จุดสุดยอดอย่างปลอดภัย	2.20	.89	ปานกลาง	3.20	.76	สูง
12. ท่านมั่นใจว่าสามารถพูดคุยกับคู่สมรส อย่างเปิดเผยในเรื่องเพศสัมพันธ์	2.30	.65	ปานกลาง	2.95	.82	สูง
13. ท่านมั่นใจว่าจะสังเกตอาการผิดปกติที่ อาจเกิดขึ้นขณะหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ได้ เช่นอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ	2.40	.75	ปานกลาง	3.25	.71	สูง
14. ท่านมั่นใจว่าจะเตรียมยาอมใต้ลิ้น ไว้พร้อมสำหรับการแก้ไข ภาวะเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์	1.65	.58	ต่ำ	3.30	.65	สูง
15. ท่านสามารถปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ได้	1.45	.68	ต่ำ	2.80	.69	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนส่วนใหญ่ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง โดยความมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่คุ้นเคย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.90 (S.D. = .30) ส่วนความมั่นใจที่จะปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.80 (S.D. = .69) ซึ่งค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายข้อ

พฤติกรรม ด้านเพศสัมพันธ์	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ท่านมีเพศสัมพันธ์ภายหลังมีการพักผ่อนของหัวใจ 6-8 สัปดาห์	1.5	.60	ต่ำ	2.30	.47	สูง
2. ท่านตรวจสอบความพร้อมของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การเดินเร็ว 1 กม. ในเวลา 10-15 นาทีหรือเดินขึ้น-ลงบันไดบ้าน 2 ชั้น	1.30	.57	ต่ำ	2.40	.50	สูง
3. ท่านมีเพศสัมพันธ์หลังจากมีการพักผ่อนที่เพียงพอหรือในช่วงเวลาเช้านี้หลังจากการนอนหลับอย่างเต็มที่	1.50	.51	ต่ำ	2.35	.48	สูง
4. ท่านหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ	1.65	.81	ต่ำ	2.45	.51	สูง
5. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังก่อนมีเพศสัมพันธ์	1.90	.85	ปานกลาง	2.55	.51	สูง
6. ท่านหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่คุ้นเคย	2.40	.88	สูง	2.95	.22	สูง
7. ท่านใช้สถานที่คุ้นเคย บรรยากาศสบาย และเงียบสงบห้องไม่ร้อนจัดหรือหนาวจัดจนเกินไปขณะมีเพศสัมพันธ์	1.95	.75	ปานกลาง	2.70	.47	สูง
8. ท่านมีการเล้าโลมก่อนการร่วมเพศ เช่น การกอด จูบ ลูบคลำ	1.70	.65	ปานกลาง	2.50	.51	สูง
9. ในแต่ละครั้งที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ท่านทำอย่างช้าๆ ไม่เร่งรีบโดยใช้ท่าที่ไม่ใช้แขนพยุงน้ำหนักตัว	1.95	.75	ปานกลาง	2.65	.48	สูง

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของ
กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรม ด้านเพศสัมพันธ์	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
10. ท่านใช้ท่าที่คุ้นเคยในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นท่าที่สบายและผ่อนคลาย ไม่ทำให้ เกิดอาการหายใจลำบาก	2.05	.82	ปานกลาง	2.65	.48	สูง
11. ท่านร่วมเพศได้ถึงจุดสุดยอด	1.85	.81	ปานกลาง	2.65	.48	สูง
12. ท่านพูดคุยกับคู่สมรสอย่างเปิดเผย ในเรื่องเพศสัมพันธ์	1.75	.78	ปานกลาง	2.40	.59	สูง
13. ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ขณะหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ได้ เช่น อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ	1.75	.71	ปานกลาง	2.55	.51	สูง
14. ท่านเตรียมยาอมได้ลิ้นไว้พร้อม สำหรับการแก้ไขภาวะเจ็บหน้าอก ขณะมีเพศสัมพันธ์	1.25	.55	ต่ำ	2.75	.44	สูง
15. ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ได้	1.20	.61	ต่ำ	2.05	.51	สูง

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนส่วนใหญ่
มีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่
นอนที่ไม่คุ้นเคย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.95 (S.D. = .22) ส่วนพฤติกรรมการศึกษาแพทย์
หรือพยาบาล เมื่อมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.05 (S.D. = .51)

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายข้อ

สมรรถนะแห่งตน ด้านเพศสัมพันธ์	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ท่านมั่นใจว่าการมีเพศสัมพันธ์ภายหลัง มีการพักผ่อนของหัวใจ 6-8 สัปดาห์ สามารถทำได้	1.90	1.02	ต่ำ	1.90	1.02	ต่ำ
2. ท่านสามารถตรวจสอบความพร้อมของ ร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การ เดินเร็ว 1 กม. ในเวลา 10-15 นาทีหรือ เดินขึ้น-ลงบันไดบ้าน 2 ชั้น	1.70	.65	ต่ำ	1.80	.69	ต่ำ
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ หากพักผ่อนเพียงพอหรือในช่วงเวลา เช้านี้ หลังการนอนหลับอย่างเต็มที่	2.00	.85	ปานกลาง	2.05	.82	ปานกลาง
4. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หลังรับประทานอาหารอิมใหม่ ๆ	2.00	.85	ปานกลาง	1.95	.88	ต่ำ
5. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง ก่อนมีเพศสัมพันธ์	2.40	.99	ปานกลาง	2.45	.99	ปานกลาง
6. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการมี เพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่คุ้นเคย	3.40	.88	สูง	3.40	.88	สูง
7. ท่านสามารถใช้สถานที่คุ้นเคย บรรยากาศ สบายและเงียบสงบ ห้องไม่ร้อนจัดหรือ หนาวจัดจนเกินไปขณะมีเพศสัมพันธ์	2.20	.76	ปานกลาง	2.15	.74	ปานกลาง
8. ท่านสามารถใช้การเล่าโลมก่อนการ ร่วมเพศ เช่น การกอด จูบ ลูบคลำ ได้	2.05	.75	ปานกลาง	2.15	.74	ปานกลาง

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายข้อ (ต่อ)

สมรรถนะแห่งตน ด้านเพศสัมพันธ์	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
9. ท่านมั่นใจว่าสามารถมีกิจกรรม เพศสัมพันธ์อย่างช้าๆไม่เร่งรีบโดยใช้ ท่าที่ไม่ใช้แขนพุงน้ำหนักตัว	2.10	.91	ปานกลาง	2.10	.78	ปานกลาง
10. ท่านมั่นใจที่จะใช้ท่าที่คุ้นเคยและ ผ่อนคลาย ในการมีเพศสัมพันธ์	2.15	.74	ปานกลาง	2.15	.67	ปานกลาง
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถร่วมเพศได้ถึง จุดสุดยอดอย่างปลอดภัย	1.85	.74	ต่ำ	1.80	.61	ต่ำ
12. ท่านมั่นใจว่าสามารถพูดคุยกับคู่สมรส อย่างเปิดเผยในเรื่องเพศสัมพันธ์	1.85	.58	ต่ำ	1.85	.58	ต่ำ
13. ท่านมั่นใจว่าจะสังเกตอาการผิดปกติที่ อาจเกิดขึ้นขณะหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ได้ เช่นอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ	2.00	.72	ปานกลาง	2.05	.68	ปานกลาง
14. ท่านมั่นใจว่าจะเตรียมยาอมใต้ลิ้น ไว้พร้อมสำหรับการแก้ไข ภาวะเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์	1.55	.68	ต่ำ	1.60	.68	ต่ำ
15. ท่านสามารถปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ได้	1.60	.82	ต่ำ	1.65	.67	ต่ำ

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและปานกลาง โดยความมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่คุ้นเคย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.40 (S.D. = .88) ส่วนความมั่นใจว่าจะเตรียมยาอมใต้ลิ้นไว้พร้อมสำหรับการแก้ไขภาวะเจ็บหน้าอกขณะมีเพศสัมพันธ์มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 1.60 (S.D. = .68)

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายข้อ

พฤติกรรม ด้านเพศสัมพันธ์	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
1. ท่านมีเพศสัมพันธ์ภายหลังมีการพักผ่อนของหัวใจ 6-8 สัปดาห์	1.60	.68	ต่ำ	1.75	.63	ปานกลาง
2. ท่านตรวจสอบความพร้อมของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การเดินเร็ว 1 กม. ในเวลา 10-15 นาทีหรือเดินขึ้น-ลงบันไดบ้าน 2 ชั้น	1.25	.55	ต่ำ	1.40	.59	ต่ำ
3. ท่านมีเพศสัมพันธ์หลังจากมีการพักผ่อนเพียงพอหรือในช่วงเวลาเช้านี้หลังจากการนอนหลับอย่างเต็มที่	1.70	.57	ปานกลาง	1.80	.52	ปานกลาง
4. ท่านหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ	1.70	.73	ปานกลาง	1.85	.67	ปานกลาง
5. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลังก่อนมีเพศสัมพันธ์	1.60	.59	ต่ำ	1.70	.57	ปานกลาง
6. ท่านหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่คุ้นเคย	2.20	.95	ปานกลาง	2.70	.57	สูง
7. ท่านใช้สถานที่คุ้นเคย บรรยากาศสบาย และเงียบสงบห้องไม่ร้อนจัดหรือหนาวจัดจนเกินไปขณะมีเพศสัมพันธ์	1.80	.61	ปานกลาง	1.80	.52	ปานกลาง
8. ท่านมีการเล้าโลมก่อนการร่วมเพศ เช่น การกอด จูบ ลูบคลำ	1.65	.58	ต่ำ	1.70	.47	ปานกลาง
9. ในแต่ละครั้งที่ท่านมีเพศสัมพันธ์ท่านทำอย่างช้าๆ ไม่เร่งรีบโดยใช้ท่าที่ไม่ใช้แขนพยุงน้ำหนักตัว	1.70	.65	ปานกลาง	1.75	.55	ปานกลาง

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของ
กลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน จำแนกรายข้อ (ต่อ)

พฤติกรรม ด้านเพศสัมพันธ์	ก่อนการศึกษา			หลังการศึกษา		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
10. ท่านใช้ท่าที่คุ้นเคยในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นท่าที่สบายและผ่อนคลาย ไม่ทำให้เกิด อาการหายใจลำบาก	1.80	.61	ปานกลาง	1.85	.48	ปานกลาง
11. ท่านร่วมเพศได้ถึงจุดสุดยอด	1.90	.78	ปานกลาง	1.95	.51	ปานกลาง
12. ท่านพูดคุยกับคู่สมรสอย่างเปิดเผย ในเรื่องเพศสัมพันธ์	1.55	.60	ต่ำ	1.60	.50	ต่ำ
13. ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ขณะหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ได้ เช่น อาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ	1.80	.69	ปานกลาง	1.75	.55	ปานกลาง
14. ท่านเตรียมยาอมได้ลิ้นไว้พร้อม สำหรับการแก้ไขภาวะเจ็บหน้าอก ขณะมีเพศสัมพันธ์	1.10	.30	ต่ำ	1.40	.59	ต่ำ
15. ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ได้	1.20	.52	ต่ำ	1.25	.44	ต่ำ

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่คุ้นเคย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 2.70 (S.D. = .57) ส่วนพฤติกรรมปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 1.25 (S.D. = .44)

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

การเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบไม่อิสระ (t-test for dependent sample) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (t-test for independent sample) หลังจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นลักษณะ โค้งปกติ (ภาคผนวก จ) ดังแสดงในตารางที่ 11-13

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

สมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์	Mean	S.D.	t	P-value
กลุ่มทดลอง	2.21	.47		
กลุ่มควบคุม	2.05	.46	-1.079	.287

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนนั้น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

กลุ่มทดลอง	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนการศึกษา	2.21	.47		
หลังการศึกษา	3.26	.48	- 14.635	.000**

** < .01

จากตารางที่ 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่ามากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

กลุ่มควบคุม	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนการศึกษา	2.05	.46		
หลังการศึกษา	2.07	.47	.721	.479

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อน และหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

การเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบไม่อิสระ (t-test for dependent sample) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระ (t-test for independent sample) หลังจากทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นลักษณะโค้งปกติ (ภาคผนวก จ) ดังแสดงในตารางที่ 14 – 16

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์	Mean	S.D.	t	P-value
กลุ่มทดลอง	1.71	.46	-.582	.546
กลุ่มควบคุม	1.64	.36		

จากตารางที่ 14 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนนั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

กลุ่มทดลอง	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนการศึกษา	1.71	.46		
หลังการศึกษา	2.52	.33	-14.635	.000**

** < .01

จากตารางที่ 15 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่ามากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

กลุ่มควบคุม	Mean	S.D.	t	P-value
ก่อนการศึกษา	1.64	.36		
หลังการศึกษา	1.75	.32	-1.746	.097

จากตารางที่ 16 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

การเปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์หลังการศึกษาด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance : ANCOVA) โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรร่วม เนื่องจากข้อมูลส่วนบุคคลด้านระยะเวลาในการเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน (ข้อมูลในตารางที่ 3) ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรร่วม

คะแนนสมรรถนะแห่งตน ด้านเพศสัมพันธ์	Mean	S.D.	F	P-value
กลุ่มทดลอง	1.71	.46	50.544	.000**
กลุ่มควบคุม	1.64	.36		

** < .01

จากตารางที่ 17 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 6 การเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

การเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์หลังการศึกษาด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance : ANCOVA) โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรร่วม ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรร่วม

คะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์	Mean	S.D.	F	P-value
กลุ่มทดลอง	2.52	.33	45.166	.000**
กลุ่มควบคุม	1.75	.32		

** < .01

จากตารางที่ 18 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทที่ 5

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 40 ราย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมจำนวน 20 ราย ผู้วิจัยได้อภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์

สมมติฐานที่ 1 คะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองก่อนกับหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ มีความแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ที่ 2 เปรียบเทียบสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์

สมมติฐานที่ 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์พบว่าในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่ามากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจาก 2.21 (S.D. = .47) เป็น 3.26 (S.D. = .48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 ที่ว่า คะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์กับก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นนั้น เป็นผลเนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997: 80) ซึ่งแบนดูรา กล่าวไว้ว่า การส่งเสริมให้เกิดสมรรถนะแห่งตนได้นั้นสามารถกระทำได้ โดยใช้แหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลจาก 4 แหล่ง ได้แก่ การสนับสนุนจากประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง การสนับสนุนจากการได้สังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น การสนับสนุนโดยการชักจูงด้วยคำพูด และการสนับสนุนด้านสภาวะทางสรีระและอารมณ์ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วยการใช้ข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ส่วนด้านสภาวะทางอารมณ์ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยกับคู่สมรสเกี่ยวกับปัญหาในการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ โดยผู้วิจัยมีการกล่าวทักทายและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการพูดคุย ช่วยให้คู่สมรสรู้สึกเป็นกันเองมากขึ้นและให้ข้อมูลที่ละเอียดมากขึ้น มีการจัดสถานที่ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง เป็นส่วนตัว ไม่มีสิ่งรบกวนจากภายนอก ทำให้กลุ่มตัวอย่างและคู่สมรสกล้าที่จะพูดคุยอย่างเปิดเผยในสิ่งที่ตนวิตกกังวล ความกลัวจากการไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการจัดรูปแบบในการให้ความรู้เป็นรายคู่ ผู้ป่วยและคู่สมรสกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นและเปิดเผยความรู้สึกหรือแสดงออกดังตัวอย่างจากการพูดคุยของผู้ป่วยเพศชายกับคู่ครอง “เวลาที่น้องบอกว่าไม่อยากนอนกับพี่ ทำให้พี่รู้สึกซ้ำใจมาก บางทีก็คิดอยากประชดไปนอนกับคนอื่น พอรู้ว่าเป็นเพราะน้องเป็นห่วงพี่กลัวว่าพี่จะเป็นอะไร ไปนอนนอนด้วยกัน พี่ก็เข้าใจแล้ว” “เคยอ่านข่าวจากหนังสือพิมพ์ว่าถ้าคนเป็นโรคหัวใจมีอะไรกันแล้วถึงขั้นตายคาอกได้ ก็เคยคิดอยากจะให้น้องช่วยเป็นคนทำให้บ้างแต่ไม่รู้จะบอกยังไง” และจากผู้ป่วยเพศหญิงกับคู่ครอง “ฉันบอกแล้วว่าฉันไม่ชอบอยู่ข้างบนเพราะมันเหนื่อยฉันกลัวเจ็บหน้าอก ต่อไปนี่พี่จะให้ฉันเป็นนางงามไหนแทนไม่ได้แล้วนะ” “อยากให้พี่ค่อยเป็นค่อยไปโรแมนติคบ้าง ถ้ารุนแรงมากฉันก็กลัวหัวใจวายตายเหมือนกัน ฉันก็อายุมากแล้วไม่อยากจะบอกพี่เดี๋ยวจะหาว่าฉันเรียกร้องทำตัวเหมือนวัยรุ่นน่ะ”

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลับไปอ่านทบทวนที่บ้านด้วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสทบทวนและเข้าใจเนื้อหามากขึ้น ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยลดลงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง (2546: 91) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีเจตคติ ความวิตกกังวล และพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หลังจากเตรียมความพร้อมทางสรีระและอารมณ์แล้วให้กลุ่มตัวอย่างได้สังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยผ่านสื่อวีดิทัศน์ ตัวอย่าง เป็นชาย 1 ราย และหญิง 1 ราย โดยตัวแบบจะเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วย อาการของโรค การรักษา การประเมินความพร้อมก่อนการมีเพศสัมพันธ์โดยการเดินเร็วด้วยตนเอง รวมทั้งปัญหาหรืออุปสรรคในการมีเพศสัมพันธ์ วิธีการจัดการกับปัญหานั้น และพูดชักจูงให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมเช่นเดียวกับตน ใช้เวลาในการนำเสนอประมาณ 15 นาที โดยมีการนำเสนอทั้งหมด 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 4 ซึ่งการให้กลุ่มตัวอย่างได้ดูตัวแบบซ้ำๆ หลายครั้ง จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการจดจำอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างได้ชมวีดิทัศน์ ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจและ สนใจในพฤติกรรมของตัวแบบ นอกจากนี้ภายหลังจากการชมวีดิทัศน์จบแล้ว ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการพูดเปิดประเด็นให้กลุ่มตัวอย่างและคู่สมรส ได้คิดทบทวนถึงการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ในการชมวีดิทัศน์แต่ละครั้งที่ผ่านมา จาก การพูดคุยพบว่ากลุ่มตัวอย่างและคู่สมรส มีความกระตือรือร้นที่จะแสดงความคิดเห็น กล้าที่จะสอบถาม สามารถจดจำเนื้อหาของการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ได้ดี ตัวอย่างเช่น “ไม่เคยรู้มาก่อนเลยที่เราต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อน แ่เดินเร็วก็ไม่เห็นจะยาก เราน่าจะไปเดินด้วยกันนะ” “การใช้ยาอมใต้ลิ้นสามารถนำมาอมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ได้หรือไม่เพื่อป้องกันอาการเจ็บหน้าอก ล้วงหน้า” “การใช้ยาไวอกร้าจะมีผลเสียต่อหัวใจหรือไม่” “การใช้เครื่องคิมที่เพื่อนบอกว่าช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ เช่น ฆูเห่าดองเหล้า ว่านกระชายดำ โดไม่รู้อุ้ม สามารถใช้ได้บ้างหรือไม่” “ไม่เคยเล่าโลมให้แฟนเลย คิดว่าเรามีความสุขแฟนก็มีความสุขด้วย ไม่คิดว่าจะมีผลขนาดนี้” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิชญา นุกกิจ (2546: 65) ที่ทำการศึกษาผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ ต่อความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรีพบว่าความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สภาวะไม่ได้ ในผู้สูงอายุสตรีที่ได้รับการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ ความรุนแรงลดลงกว่าก่อน

ได้รับการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ พาชวิญ บุญประสาร (2550: 56) ที่ทำการศึกษาผลของตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานีพบว่า การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ทำให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นร้อยละ 100

นอกจากนั้นผู้วิจัยได้มีการจัดเตรียมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีประสบการณ์จากการประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำกิจกรรมที่มีระดับง่ายไปยาก เริ่มต้นให้กลุ่มตัวอย่างทำการฝึกนับชีพจร เพื่อเป็นการประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการเดินเร็ว ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งของการประเมินความพร้อมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ จากการลงมือปฏิบัติพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถทำการนับชีพจรของตนเองได้อย่างถูกต้อง การประสบความสำเร็จจากการฝึกนับชีพจรทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นและเชื่อมั่นว่ากิจกรรมอื่นๆ ก็ไม่ยากเกินกว่าความสามารถของตนเองที่จะกระทำได้เช่นเดียวกัน จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงมือปฏิบัติในการฝึกการออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว ตามขั้นตอนการออกกำลังกายคือ ทำการอบอุ่นร่างกายนาน 5 นาที ทำการเดินเร็วอย่างต่อเนื่องนาน 10-15 นาที และมีการผ่อนคลายนาน 5 นาที หลังจากนั้นทำการจับชีพจรหลังการเดินเร็ว เพื่อฝึกการคิดค่าความแตกต่างของชีพจรหลังเดินเร็ว กับชีพจรตามเกณฑ์ (ชีพจรก่อนเดินเร็ว + 30) ที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย และการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้และไม่ควรที่จะมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่อาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากการเดินเร็วเป็นการออกกำลังกายที่ทำได้ง่าย มีความปลอดภัยสูงและสะดวก จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถทำได้ ผู้ป่วยจึงมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แบนดูรา (Bandura, 1997: 108) กล่าวว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงจากการได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาสมรรถนะแห่งตน และสมรรถนะแห่งตนนั้นจะขึ้นอยู่กับ 3 มิติ ได้แก่ มิติตามระดับ เป็นระดับความเชื่อมั่นของบุคคลที่จะกระทำกิจกรรม ถ้าบุคคลเชื่อว่ากิจกรรมที่จะทำนั้นง่ายจะส่งผลให้บุคคล มีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น มิติความแข็งแกร่งเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินความสามารถของตนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถของตน จะทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมนั้น และมีมติความเป็นสากล เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่สามารถเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงในต่างสถานการณ์ได้ และในขณะที่กลุ่มตัวอย่างได้ทำการฝึกการออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว ผู้วิจัยได้มีการสนับสนุนจากการชักจูงด้วยคำพูดร่วมด้วย ตลอดจนการให้กำลังใจหรือชมเชย ซึ่งเป็นแรงเสริมทางบวกให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของ จิรพร แอชตัน (2550: 69) ที่ศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

นอกจากการเข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนครบ 3 ครั้งแล้วผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 5 และ 6 ผู้วิจัยได้มีการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยการซักถามถึงอาการทั่วไปและปัญหาของกลุ่มตัวอย่างขณะปฏิบัติกิจกรรมที่บ้าน เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้พูดคุยระบายความรู้สึกยุ่งยาก วิตกกังวล ความเครียด จากการทำกิจกรรม ซึ่งในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดการตระหนักถึงความสำคัญของการนั้ช้พจรและการอบอุ่นร่างกายก่อนการเดินเร็ว ผู้วิจัยใช้วิธีการสนับสนุนด้วยการพูดให้กำลังใจและชี้แจงให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการนั้ช้พจรและการอบอุ่นร่างกาย ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ถูกต้องอยู่แล้ว ผู้วิจัยได้กล่าวชมเชย ให้กำลังใจให้ปฏิบัติต่อไป ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นใจ มีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้พูดชมเชย และให้กำลังใจ เป็นแรงเสริมบวก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา ชนะพลพัฒน์ (2548: จ) ที่ทำการศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าภายหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆที่นำทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมดังเช่นการศึกษาของ อรุณฯ เขียวสะอาด (2544: 98) ที่ทำการศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การศึกษาของ พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน (2544: 72) ที่ทำการศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะก่อนจำหน่าย และหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

และการศึกษาของ พิกุล ดินามาส (2550: 67) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแม้สมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์จะเป็นเรื่องที่บุคลากรทางสุขภาพให้ความตระหนักไม่มากนัก แต่หากมีการยอมรับและตระหนักมากขึ้นว่าสมรรถนะดังกล่าวนี้มีความสำคัญและช่วยกันส่งเสริมสมรรถนะดังกล่าวให้กับผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์

สมมติฐานที่ 3 คะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองก่อนกับหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์มีความแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์

สมมติฐานที่ 4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีระดับคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์พบว่าในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่ามากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจาก 1.71 (S.D. = .46) เป็น 2.52 (S.D. = .33) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ 3 ที่ว่า คะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองก่อนกับหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงสนับสนุนสมมติฐานที่ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่ม

ทดลองที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีระดับคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์แตกต่างกัน

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์สูงขึ้นนั้น เป็นผลเนื่องมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา (Bandura, 1997: 20) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลว่าจะสามารถกระทำพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงได้สำเร็จ ผู้วิจัยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้กลุ่มทดลองตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา เพื่อให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นประกอบด้วย การประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ทั้งก่อนและขณะฝึกการเดินเร็ว โดยก่อนฝึกประเมินด้านร่างกาย ได้แก่ อุณหภูมิ อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิต ตลอดจนอาการแสดงที่เป็นข้อห้ามไม่ให้ออกกำลังกาย เช่น ปวดศีรษะ มึนงง ใจสั่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ ปวดตามกระดูกและข้อต่างๆ เป็นต้น พร้อมทั้งแก้ไขเมื่อพบปัญหา สำหรับด้านอารมณ์สังเกตสีหน้า ท่าทางการพูดคุย และสนทนา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ทั้งก่อนและขณะการฝึกเดินเร็ว ไม่พบว่ามีการทดลองรายใดเจ็บป่วย เหนื่อยล้า ไม่สบาย หรือมีความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้กลุ่มทดลองมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถออกกำลังกายได้ เพื่อประเมินความพร้อมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มั่นใจว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งการประเมินความพร้อมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ด้วยตนเองที่บ้าน กลุ่มทดลองได้ประเมินสภาพร่างกายและอารมณ์ของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนเดินเร็วทุกครั้ง หากพบว่ามีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก มึนงงศีรษะ กลุ่มทดลองจะงดการเดินเร็วไปก่อน

ภายหลังประเมินความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจของกลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองเห็นตัวแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสบการณ์การประเมินสภาพร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ด้วยการเดินเร็วและสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย ผ่านสื่อวีดิทัศน์ โดยให้กลุ่มทดลองเห็นตัวแบบผู้ป่วยที่มีความคล้ายคลึงกันคือทั้งตัวแบบเพศชายและเพศหญิง ได้เล่าประสบการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การดูแลตนเอง โดยมุ่งเน้นถึงการประเมินสภาพร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ด้วยการเดินเร็ว การปฏิบัติตนขณะมีเพศสัมพันธ์และหลังมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเนื้อหาในการนำเสนอเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน กลุ่มทดลองให้ความสนใจสื่อวีดิทัศน์เป็นอย่างดี พร้อมกับมีการซักถามเพิ่มเติมในเรื่องที่สนใจ จากการสอบถามความคิดเห็นของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับตัวแบบ พบว่ากลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถเช่นเดียวกับตัวแบบและ

สามารถประเมินสภาพร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ และมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย เช่นเดียวกัน

จากนั้นผู้วิจัยได้ให้กลุ่มทดลองฝึกจับชีพจร ออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว เพื่อให้มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ถือว่าเป็นวิธีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพราะนอกจากกลุ่มทดลองจะได้รับวิธีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัยและได้รับความร่วมมือจากคู่สมรสแล้ว ผู้วิจัยยังได้ให้วิธีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยการพูดชักจูงให้ตระหนักถึงความสามารถในการประเมินสภาพร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ให้คำแนะนำ อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมขณะมีเพศสัมพันธ์ และหลังมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างยังได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลับไปอ่านทบทวนที่บ้านด้วย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามความเหมาะสม เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้หรือประสบการณ์ขึ้นมาใหม่ กลุ่มตัวอย่างมีการสังเกต ใช้ความคิด ใช้สติปัญญา สรุปความรู้และประสบการณ์ใหม่เป็นความรู้ความเข้าใจของตนเอง จากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะทดสอบความรู้ความเข้าใจของตนว่าถูกหรือไม่ ถ้าตรวจสอบแล้วพบว่า มีความรู้ความเข้าใจถูกต้องตรงกับผู้ที่ให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างก็จะคงความรู้ความเข้าใจนั้นไว้ในสมองและสามารถนำไปปฏิบัติเมื่อมีความจำเป็นได้ (เพียงใจ นวนหนู, 2549: 26) นอกจากนี้ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ที่ให้แก่กลุ่มทดลองนั้น ได้นำคู่สมรสของผู้ป่วยเข้ามามีบทบาทในการได้รับความรู้ คำแนะนำจากโปรแกรมเช่นกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการกระทำในด้านบวกกับคู่สมรส มีการสื่อความหมายกับคู่สมรส ลดความขัดแย้งระหว่างคู่สามีภรรยาลงได้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของคอนดอนและแมคคาร์ธี (Condon & McCarthy, 2006: 37) พบว่าถ้าคู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้รับการอธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์เช่นจากฝ่ายรุกเป็นฝ่ายรับ ก็จะทำให้คู่สมรสสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการมีเพศสัมพันธ์ได้ ทั้งนี้เพราะการสร้างความรู้ความเข้าใจจะนำไปสู่ความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน และจากการศึกษาของ สเตนค์ (Steinke, 2005: 44) พบว่าการให้ความรู้แก่คู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้มีการตระหนักถึงความสำคัญของการมีเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย สามารถลดความวิตกกังวล ความหวาดกลัวที่ว่าการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นคู่สมรสของผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองทางด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กล่าวคือถ้าคู่สมรสของผู้ป่วยมีความเข้าใจในเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย

ก็จะนำไปสู่การเอื้ออาทรในการมีเพศสัมพันธ์ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลและมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาของอรนุช เขียวสะอาด (2544: 48) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การศึกษาของ พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน (2544: 72) ที่ทำการศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะก่อนจำหน่ายและหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การศึกษาของ สุลี แซ่ซื่อ (2546: 55) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การศึกษาของ จิรพร แอชตัน (2550: 69) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการศึกษาของพิบูล ดินมาส (2550: 67) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีระดับคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์สูงขึ้น เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ได้ สอดคล้องกับทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัย ที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม (Pretest-posttest control group design) ทำการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ถึง เดือน เมษายน พ.ศ. 2553 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจดังกล่าว โดยใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura,1997) และจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา (Bandura,1997)

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์พบว่าในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่ามากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. คะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์พบว่าในกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการ

ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีค่ามากกว่าก่อน ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. คะแนนสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. คะแนนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังจากได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ มีผลต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

Christian University of Thailand

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. เป็นแนวทางให้บุคลากรทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนำโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ไปใช้ในการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมแก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. จัดโครงการฝึกอบรมทักษะแก่พยาบาลและทีมสุขภาพ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเรื่องการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม

3. ส่งเสริมให้คู่สมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้มีส่วนร่วมในการเป็นกำลังใจสนับสนุนการการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม

4. ควรมีแนวทางการพยาบาลที่จะให้สหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยกันแก้ไขปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์ เช่น นักจิตวิทยาครอบครัว จิตแพทย์ เป็นต้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้าน เพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องต่อไปในระยะเวลา 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของ พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์
2. ควรมีการนำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ไปศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ ในเชิงลึก หรือการวิจัยเชิงคุณภาพต่อไป
3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสในกลุ่มโรคที่ เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และผู้ป่วยหลังผ่าตัด เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เข้ามามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ เช่น สัมพันธภาพภายในครอบครัวก่อนการเกิดโรค ลักษณะของคู่ครอง เป็นต้น

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. ควรมีหลักสูตรการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้าน เพศสัมพันธ์ ในกลุ่มโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์
2. ควรมีการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติ เป็นส่วนหนึ่งในการ สนับสนุน เช่น สอนการประเมินความพร้อมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

1. การควบคุมกลุ่มตัวอย่างในการใช้ยา ทั้งยาที่จะช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศบางชนิด เช่น ไวอกร้า (Viagra) และยาที่มีผลต่อการลดสมรรถภาพทางเพศ กระทำได้ยากเนื่องจาก ตรวจสอบได้เพียงจากรายการยาที่ผู้ป่วยรับจากโรงพยาบาลเท่านั้น
2. กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile dysfunction: ED) อยู่ก่อน
3. ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมลักษณะของคู่สมรสที่จะมีผลต่อพฤติกรรม ด้านเพศสัมพันธ์ให้ใกล้เคียงกันได้ เช่น อายุ และภาวะสุขภาพของคู่สมรส

4. การติดตามประเมินพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่บ้านในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามเยี่ยมที่บ้านได้ เป็นเพียงการโทรศัพท์ติดต่อและเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งอาจต้องมีการเพิ่มเติมในส่วนของแบบบันทึกกิจกรรมที่บ้าน



Christian University of Thailand

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- จิรพร แอชตัน.(2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม
ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรียา ตันติธรรม.(2547). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- จิระศักดิ์ สิริชัยญาณนท์.(2547). การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยขดลวดเทียบกับการผ่าตัดทางเบี่ยง
ในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ-ตันหลายเส้น. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : [www.thai
doctor.org/ download_count.php?id=59](http://www.thai-doctor.org/download_count.php?id=59) (22 มิถุนายน 2552).
- ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์. (2551). Acute ST elevation Myocardial Infarction ใน จันทรภา ศรีสวัสดิ์
(บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน*. กรุงเทพมหานคร: นานาอักษรการพิมพ์.
- ธนิดา เขียรธำรงสุข. (2543). *ประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล.(2545). *กิจกรรมทางเพศของคนสูงอายุไทย: อิทธิพลของอายุ
เพศ และสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ อคารวิศิษฐ์ ประจวบ
เหมาะ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 4.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- ประทีน ชูเลิศ.(2549). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์ต่อความรู้
และพฤติกรรมทางเพศของสามีและภรรยาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
บูรพา.
- ปราณี ทัพไพเราะ.(2551). *คู่มือยา*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: NP Press Limited Partnership.

- ปิยะมิตร ศรีธรา.(2546). ปัจจัยเสี่ยงและระบาดวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจ ใน วิชาส
คันธรัตน์กุล (บรรณาธิการ),เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ (หน้า 7-30).มปท.
- ปริศนา วรรณันท์. (2540). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือด
หัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผจงจิต อัสวีกุล. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรคและความรู้
เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง.(2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.พิมพ์ครั้งที่ 6.ขอนแก่น:
หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน.(2544). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พาขวัญ บุญประสาร.(2550). ผลของตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่
เป็นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลหนองจาง จังหวัดอุทัยธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิกุล ดินนาส.(2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม
ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ.วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรน้อย ลิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแส. (2539).วิจัยทางการพยาบาล. สงขลา:
เทมการพิมพ์.
- เพียงใจ นวนหนู.(2549). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วรางคณา อุไรวงษ์.(2550). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยและการปฏิบัติกิจกรรมด้านสุขภาพ ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วาสนา ชนะพลพัฒน์.(2548). ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วินิตย์ หลงละเลิง.(2546). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อเจตคติ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาวิชาเพศศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริอร สีนรุ. (2526). ความสัมพันธ์ของปัจจัยبالประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภชัย ถนอมทรัพย์. (2546). โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน; การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สถาบันโรคหัวใจโรงพยาบาลราชวิถี.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2552).สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข พศ.2549-2551. (ออนไลน์).เข้าถึงได้จาก: <http://www.Moph.go.th/moph2008/group2.asp>. (2 มิถุนายน 2552).
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2546). Instruction Manual July 2002; Acute coronary syndrome registry (ACS Registry). สวัสดิการวิชาการสบข. นนทบุรี: โรงพิมพ์ยูทธริน.
- สุจินดา ริมศรีทอง. (2546). พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล.กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.
- สม โภชน์ เอี่ยมสุภามิต.(2543). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.กรุงเทพมหานคร:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกร นุษปนนิช.(2547). เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและคู่สมรสในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สุธีราภรณ์ ปานแก้ว.(2548). **ทัศนคติ พฤติกรรมและแนวทางแก้ไขปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุพิชญา นุกทิจ.(2546). **ผลของการจัดการด้านพฤติกรรมร่วมกับการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์จากสื่อวีดิทัศน์ต่อความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนไม่ได้ในผู้สูงอายุสตรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนนา ชมพู่ทวีป. (2541). **การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ**. ในเอกสารการประชุมเรื่องการทำคำปรึกษาปัญหาทางเพศ รุ่นที่ 3. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุลี แซ่ซื่อ. (2546). **ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสก ปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). **โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ**. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1(2), 53-59.
- หน่วยเวชระเบียน.(2549-2551). **จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจังหวัดราชบุรี.งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี**.
- อภิรัตน์ ชวงษ์.(2550). **การรับรู้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ความรู้การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- อรนุช เขียวสะอาด.(2544). **ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ.(2545). **จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส**. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์.

ภาษาอังกฤษ

- Aggarwal, A, Ade, P.A.(2001). Exerciserehabilitation of older patients with cardiovascular disease. **Cardiology clinics**. 19(3), 525-536.
- Ajsen, J., Fishbein, M.(1980).**Understanding attitudes and predicting social behavior**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Albarran, J. W., Bridger, S. (1997). Problems with providing education on resuming sexual activity after myocardial infarction developing written information for patients. **Intensive Critical Care Nursing**, 13(3), 2-11.
- American Heart Association. (2006). **Cardiovascular disease statistic** [Online]. Available: <http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1168618073572OLDER07.REV.pdf> (27 June 2009).
- Bandura, A.(1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. **Journal of Social and Clinical Psychology**, 4(3), 359-373.
- _____ (1997). **Self-efficacy the exercise of control**. New York:W.H. Freeman and company.
- Beach, E.K., Maloney, B.H., Plocica, A.R., Sherry, S.E, Weaver, M., Luthringer, L., Utz, S. (1992). The spouse: A factor in recovery after actue myocardial infarction. **Heart and Lung**, 21(1), 30-38.
- Bente, T, Samara, O. (2006). Sexual dysfunction and sexual well-being in people with heart disease. **Sexual and relationship therapy**, 22(2), 193-207.
- Bodil, I, Bengt, F.(2009).Information from health care professionals about sexual function and coexistence after myocardial infarction : A swedish national survey. **Heart and Lung**, 38(4), 330-335.
- Burke, L.E. (1999). Cardiovascular disturbances and Sexuality. **Sexual health promotion**. New York: W.B.Saunders, 360-371.
- Chyun, D. (2001). Diabetes and coronary artery disease: A time for action. **Critical Care Nurse**, 21, 10-15.
- Condon, C., McCarthy, G. (2006). Lifestyle change follow acute myocardial infarction: patient perspective. **Eur J Cardiovasc Nurse**, 5(5), 37-44.

- Diclementes, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., Rossi, J.S., (1995). The process of smoking cessation: A analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. **Journal of consulting and clinical psychology**, 59(2), 295-304.
- Ewart, C.K, Taylor, C.B.(1996), Usefulness of self-efficacy in predictive over exertion during Programmed exercise in CAD. **American Journal of Cardiology**, 57(10), 557-561.
- Falk, E., Fuster, V. (2001). Atherogenesis and its determinants. **Hurst's the heart** (10th ed., pp. 1065-1083). New York: Mc.Graw-Hill.
- Fuster, V., Alexander, M. (2004). **Hurst's the heart** (12th ed). New York: Mc.Graw-Hill.
- Gortnor, S.R., Jenkins, L.S.(1990). Self-efficacy and activity level following cardiac surgery. **Journal of Advanced Nursing**, 15(15), 1132-1138.
- Heiser, K., Ruffer-Hesse, C., Kloth, G., Hartmann, U.(2000). Female Sexuality and its Disorder from the Psychological Viewpoint. **Zentralbl Gynakol**, 122, 566-570.
- Jarasma, T., Dracup, K., Walden., J., Stevenson, L.W. (1996). Sexual function in patients with advanced heart failure. **Heart and Lung**, 25(4), 262-270.
- Jay, C., Lee.(2008). **The difficult to treat patient**. Present Symposium Bangkok Hospital, 2-8(May).
- Johnson, B.K. (1996). Older Adults and Sexuality: A Multidimensional Perspective. **Journal of Gerontological Nursing**, 12(2), 6-15.
- Lacharity, L.A.(1999). The experience of younger women with coronary artery disease. **Journal of Womens Health Gend Based Med**. 12(8), 773-785
- Master, W.H. Johnson, V.E. (1996). **Human and Sexual response**. Boston, Little Brown, 182-188.
- Martinez, L. G., House-Francher, M. A. (2001). Nursing management coronary artery disease. **Medical Surgical nursing assessment and management of clinical problem** (pp. 841-886). St. Louis: C.V. Mosby.
- Melanc., E., Macland, J.G, Laerum, E. (1999). The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor change. **Heart and Lung**, 19(5), 112-120.
- Mc Cann, M.E. (1989). Sexual healing after heart attack. **American Journal of Nursing**, 89, 1133-1138.

- Papadopoulos, C., Beaumont, C., Shelly, S.I., Larrimore, P. (1983). Myocardial infarction and sexual; activity of female patient. **Archives of International Medicine**,143, 1528-1530.
- Pender, N.J. (1996).Expressing health through lifestyle pattern. **Nursing Science Quarterly**, 30(3), 115-122.
- Polit, D.F., Hungler, B.P.(1999).**Nursing research : Principle and method** (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Rasof, M.L., Gorbien, M.J. (1998). Quality of life in elderly patient with heart disease. In Kaiser, F.A., & Other editors, **Cardiovascular disease in older people**. VSA: Springier publishing company, 234-301.
- Reeder, S. J., Magdic, K. S., Rodger, J. M., Hoffman, R. L. (2000). Hemocysteine: The latest risk factor for heart disease. **Dimension of Critical Care Nursing**, 19, 22-28.
- Rerkpattanapipat, P. (2001). Sex and the heart: what is the role of the cardiologist. **European Heart Journal**. 22: 201-208.
- Scherer, Y.K, Shimmel, S.S.(1996). Using self-efficacy theory to education patients with Chronic obstructive pulmonary disease. **Rehabilitation Nursing**,21(5), 262-266.
- Seidl, A., Bullaugh, B., Haughey, B., Scherer, Y., Rhodes, M., Brown, G. (1991). Understanding the effects of a myocardial infarction on sexual functioning: A basic for sexual counseling. **Rahabilitation Nursing**, 16(5), 255-264.
- Steinke, E.E.(2005). Strategies for sexual counseling and self-management. **Journal of Gerontological Nursing**, 5(May),40-45.
- Sumanen, M. (2005). GPs should discuss sex life issues with coronary heart patients.**Sexual and Relationship Therapy**, 20(4), 443-452.
- Thorson, A. (2003). **Sexual Activity and the Cardiac Patient**. [Online]. Available <http://www.medscape.com/viewarticle/450572>. (19 August 2009).
- Vacanti, L.J., Caramelli, B.(2004). Age and psychologic disorder Variable associated to post – infarction sexual dysfunction. **Arq Bras Cardiol**, 14(85), 110-114.
- Veronika, B., France, K. (1996). **Psychosocial factors of coronary heart disease in woman: A review**. The Netherlands and Faculty of Social and behavioural sciences of health psychology, leiden University.

Williams, M.A., et al. (2002). Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly : an American Heart Association scientific statement from the council on Clinical Cardiology Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation and Prevention. **Circulation.** 105(14), 1735-43.



Christian University of Thailand

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ศ.นพ. สมบุญ เหลืองวัฒนาภิจ

นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมระบบ
ทางเดินปัสสาวะ

ผู้เชี่ยวชาญด้านปัญหาสุขภาพเพศชาย

ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ

นพ.นรินทร์ ทองน้อย

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านอายุรศาสตร์

โรคหัวใจ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จ.ราชบุรี

ดร.สุพัฒนา คำสอน

อาจารย์พยาบาลชำนาญการด้านทฤษฎี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

อาจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

อาจารย์สุชาดา เรืองรัตนอัมพร

อาจารย์พยาบาลชำนาญการโรคหัวใจ

อาจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

คุณ อภินันท์ ชวงษ์

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ด้านการพยาบาลอายุรศาสตร์ – ศัลยศาสตร์

โรงพยาบาลโพธาราม จ.ราชบุรี

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ส่วนที่ 1 เอกสารคำชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้าน

เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จ.ราชบุรี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสมพร งามวิสัย นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผู้วิจัยขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์โดยผู้วิจัยจะอธิบายให้ท่านทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัยก่อน ถ้าท่านมีข้อข้องใจใดๆ เกี่ยวกับการวิจัยรวมทั้งสิทธิของท่าน กรุณาซักถามจากผู้วิจัย หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับเอกสารคำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ที่ท่านเซ็นชื่อกำกับไว้ 1 ฉบับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จ.ราชบุรี

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย

ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลจากทางโรงพยาบาลบ้านโป่งตามปกติไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ นอกเหนือจากเดิม ท่านจะได้รับข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การประเมินสภาพตนเองก่อนการมีเพศสัมพันธ์ และคู่มือการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สำหรับการเดินทางมาทำกิจกรรมที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง ท่านจะได้รับค่าชดเชยและค่ายานพาหนะ และผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นโดยรวมคือเป็นแนวทางให้ทีมบุคลากรสุขภาพได้ส่งเสริมพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังเป็นแนวทางการวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจในโอกาสต่อไป นอกจากนี้สิทธิประโยชน์อื่นอันจะเกิดกับผลการวิจัยให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

กิจกรรมและระยะเวลาที่ท่านต้องมีส่วนร่วมในการวิจัย

เมื่อท่านได้รับทราบรายละเอียดของการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้เซ็นชื่อกำกับในเอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยรวมทั้งได้รับการอนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ได้จากแพทย์ ท่านจะได้รับ

1. การลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. การเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นรายบุคคลพร้อมกับคู่สมรส ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 5 สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 8 ดังนี้

2.1 สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ท่านจะได้รับข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรม ด้านเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสมกับโรค รวมทั้งคู่มือการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ท่านจะได้ชมวีดิทัศน์ตัวแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม การเดินเร็วเพื่อประเมินสภาพร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ท่านจะได้รับการฝึกจับชีพจร และการเดินเร็ว และให้ท่านไปฝึกต่อที่บ้าน

2.2 สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 3 ทบทวนการฝึกปฏิบัติที่บ้าน สอบถามปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติตน

2.3 สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 5 ท่านจะได้รับการโทรศัพท์ สอบถามถึงอาการโดยทั่วไป ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติตน

2.4 สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 6 ท่านจะได้รับแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งถือเป็นการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับท่านจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยถ้าท่านมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น ผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยทันที และดูแลให้การรักษาพยาบาลจนกระทั่งท่านมีอาการดีขึ้น ถ้าท่านมีอาการไม่ดีขึ้น และแพทย์วินิจฉัยได้ว่าเป็นผลมาจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่จนกว่าจะหายเป็นปกติ

เหตุผลที่ท่านจะต้องยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาแม้ว่าท่านได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยไปแล้ว และผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยทันทีถ้าท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อไป โดยจะไม่มี การสูญเสียผลประโยชน์ใดๆ ที่ท่านควรจะได้รับ

การปกป้องรักษาข้อมูลที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่าน

ไม่มีบุคคลใดทราบข้อมูลส่วนตัวของท่าน ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้นามของท่านในการรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยนี้ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลวิจัยทั้งหมด ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน หากท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าว กรุณาแจ้งผู้วิจัย

บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้ถ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งนางสาว สมพร งามวิสัย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลบ้านโป่ง อ. บ้านโป่ง จ.ราชบุรี รหัสไปรษณีย์ 70110 โทรศัพท์ 087 – 1635975 หรือ 032-222841-46

แบบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย (กลุ่มควบคุม)

ส่วนที่ 1 เอกสารคำชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้าน

เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จ.ราชบุรี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสมพร งามวิสัย นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผู้วิจัยขอเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์โดยผู้วิจัยจะอธิบายให้ท่านทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัยก่อน ถ้าท่านมีข้อข้องใจใดๆ เกี่ยวกับการวิจัยรวมทั้งสิทธิของท่าน กรุณาซักถามจากผู้วิจัย หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับเอกสารคำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ที่ท่านเซ็นชื่อกำกับไว้ 1 ฉบับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จ.ราชบุรี

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย

ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลจากทางโรงพยาบาลบ้านโป่งตามปกติไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ นอกเหนือจากเดิม ท่านจะได้รับข้อมูลเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจจากพยาบาลประจำการที่คลินิกโรคหัวใจตามปกติ เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยท่านจะได้รับคู่มือการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และได้รับชมวีดิทัศน์ตัวแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น โดยรวมถือเป็นแนวทางให้ทีมบุคลากรสุขภาพได้ส่งเสริมพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งยังเป็นแนวทางการวิจัยเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับโรคหลอดเลือดหัวใจในอนาคตต่อไป นอกจากนี้สิทธิประโยชน์อื่นอันจะเกิดกับผลการวิจัยให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

กิจกรรมและระยะเวลาที่ท่านต้องมีส่วนร่วมในการวิจัย

เมื่อท่านได้รับทราบรายละเอียดของการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้ เซ็นชื่อกำกับในเอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยรวมทั้งได้รับการอนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ได้จากแพทย์ ท่านจะได้รับ

1. การลงบันทึกไว้เป็นหลักฐานเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ในสัปดาห์ที่ 8 ท่านจะได้รับแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอีกครั้ง รวมทั้งท่านจะได้รับ คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การประเมินสภาพตนเองก่อนการมีเพศสัมพันธ์ คู่มือการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับชมวีดิทัศน์ตัวแบบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์อย่างเหมาะสม

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับท่านจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยถ้าท่านมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น ผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยทันที และดูแลให้การรักษาพยาบาลจนกระทั่งท่านมีอาการดีขึ้น ถ้าท่านมีอาการไม่ดีขึ้น และแพทย์วินิจฉัยได้ว่าเป็นผลมาจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่จนกว่าจะหายเป็นปกติ

เหตุผลที่ท่านจะต้องยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาแม้ว่าท่านได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยไปแล้ว และผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยทันทีถ้าท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ต่อไป โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆ ที่ท่านควรจะได้รับ

การปกป้องรักษาข้อมูลที่ได้จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่าน

ไม่มีบุคคลใดทราบข้อมูลส่วนตัวของท่าน ข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและดำเนินการอย่างรัดกุม ปลอดภัย จะไม่มีการอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในการรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยนี้ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลวิจัยทั้งหมด ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน หากท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าว กรุณาแจ้งผู้วิจัย

บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อได้ถ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งนางสาว สมพร งามวิสัย หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลบ้านโป่ง อ. บ้านโป่ง จ.ราชบุรี รหัสไปรษณีย์ 70110 โทรศัพท์ 087-1635975 หรือ 032-222841-46

ส่วนที่ 2 เอกสารแสดงการยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลลัพธ์ของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมด้าน

เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จ.ราชบุรี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสมพร งามวิสัย นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว

มีความยินดีในการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยข้าพเจ้าได้รับทราบและทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าขอลงลายชื่อกำกับไว้เป็นหลักฐานว่า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลงนาม.....ผู้ป่วย

(.....)

ลงนาม.....คู่สมรส

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พศ.....

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่.....

HN.....

วันที่บันทึก.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย “✓” ลงใน () หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. สถานภาพสมรส () คู่ () โสด/หม้าย/หย่า/แยก

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา () อนุปริญญา

() ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า

5. อาชีพ

() ค้าขาย () รับราชการ

() รับจ้าง () เกษตรกร

() ไม่มีอาชีพ (แม่บ้าน พ่อบ้าน หรือข้าราชการเกษียณอายุการทำงาน)

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

() เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

7. ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจปี

8. โรคร่วม

() ความดันโลหิตสูง

() เบาหวาน

() ไขมันในเลือดสูง () ไม่มี

9. ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

() สูบบุหรี่

() โรคอ้วน

() ขาดการออกกำลังกาย

() บุคลิกภาพแบบเอ(การมีอารมณ์โกรธ หงุดหงิดง่าย ทำอะไรเร่งรีบ ชอบแข่งขัน)

ข้อความต่อไปนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกให้ท่านเอง

10. การวินิจฉัยโรค

- Unstable angina
- Ischemic heart disease
- STEMI
- NSTEMI

11. ระดับความรุนแรงของโรค

- ระดับ 1
- ระดับ 2

12. การรักษาที่ได้รับ.....
.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงความสามารถของตนเองของท่านในด้านเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามจะประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความเชื่อมั่นใจในความสามารถของท่านที่จะปฏิบัติกิจกรรมในด้านเพศสัมพันธ์ ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อ โดยทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง ด้านขวามือที่แสดงความมั่นใจ ที่ตรงกับความสามารถของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

- | | | |
|---------------|---------|--|
| มั่นใจมาก | หมายถึง | ท่านมีความมั่นใจกับข้อความนั้นในระดับมาก |
| มั่นใจปานกลาง | หมายถึง | ท่านมีความมั่นใจกับข้อความนั้นในระดับปานกลาง |
| มั่นใจน้อย | หมายถึง | ท่านมีความมั่นใจกับข้อความนั้นในระดับน้อย |
| ไม่มั่นใจเลย | หมายถึง | ท่านไม่มีความมั่นใจเลยกับข้อความนั้น |

ข้อคำถาม	มั่นใจมาก	มั่นใจปานกลาง	มั่นใจน้อย	ไม่มั่นใจเลย
1. ท่านมั่นใจว่าการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังมีการพักฟื้นของหัวใจ 6-8 สัปดาห์สามารถทำได้				
2. ท่านสามารถตรวจสอบความพร้อมของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การเดินเร็ว 1 กิโลเมตรในเวลา 10-15 นาที หรือ เดินขึ้น-ลงบันไดบ้าน 2 ชั้น (20 ชั้น)				
3.				
.				
.				
15. ท่านสามารถปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ได้				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของท่าน แบบสอบถามจะประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อถามถึงการปฏิบัติกิจกรรมในด้านเพศสัมพันธ์ ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อ โดยทำเครื่องหมาย “✓” ลงในช่อง ด้านขวามือ ที่ตรงกับการปฏิบัติกิจกรรมในด้านเพศสัมพันธ์ของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นสม่ำเสมอ ร้อยละ 80 -100 จากที่เคยปฏิบัติ
 ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 60 -79 จากที่เคยปฏิบัติ
 ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรม

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. ท่านมีเพศสัมพันธ์ภายหลังมีการพักผ่อนของหัวใจ 6-8 สัปดาห์			
2. ท่านตรวจสอบความพร้อมของร่างกายก่อนการมีเพศสัมพันธ์เช่นการเดินเร็ว 1 กิโลเมตรในเวลา 10-15 นาที หรือเดินขึ้น-ลงบันไดบ้าน 2 ชั้น (20 ชั้น)			
3.			
.			
.			
.			
.			
.			
.			
15. ท่านปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีปัญหา ด้านเพศสัมพันธ์			

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สัปดาห์ที่	สื่อ	การนำเสนอข้อมูล ตามกรอบแนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	กิจกรรม
1		- การสนับสนุนโดยการใช้ คำพูดชักจูง	<p><u>ครั้งที่ 1</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยกล่าวสวัสดิทักทายและแนะนำตัวต่อผู้ป่วย พูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องโดยทั่วไปและซักถามผู้ป่วยถึง อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย 2. <p><u>ครั้งที่ 4</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวสวัสดิทักทาย ซักถามอาการและพูดคุยในเรื่องต่างๆ ไปของผู้ป่วย 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ 3. ทำการสอบถาม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโปรแกรม 4. กล่าวขอบคุณผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

คู่มือ

การปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



เอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านเพศสัมพันธ์
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ประกอบการทำวิทยานิพนธ์
จัดทำโดย นางสาวสมพร งามวิสัย นักศึกษาปริญญาโท
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

บทสรุปตั้งสื่อวีดิทัศน์การเสนอตัวแบบสัญลักษณ์

เรื่อง “พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ”

ลำดับ	ถ่ายภาพ	เสียง
1	ภาพ : ชายหญิงโอบกอดกัน (fade in) ตัวอักษร “พฤติกรรมด้าน เพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจ” (fade out)	ดนตรี บรรยาย : พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
2	ภาพ : หัวใจและหลอดเลือดหัวใจ	ดนตรี บรรยาย : โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิด จากการตีบแคบและอุดตันของหลอดเลือดที่ไป เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ
3	ภาพ : คนที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก	ดนตรี บรรยาย : เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ เกิดอาการเหนื่อย ใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก
4
.	.	.
.	.	.
31	ภาพ: อักษรทึบ จัดทำโดย น.ส.สมพร งามวิสัย นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน	ดนตรี

ภาคผนวก จ

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

Tests of Normality

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	Kolmogorov-			Shapiro-		
	Smirnov			Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
สมรรถนะแห่งตน-ก่อน	.076	40	.200	.961	40	.184
พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์-ก่อน	.144	40	.036	.914	40	.005
สมรรถนะแห่งตน-หลัง	.089	40	.200	.960	40	.168
พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์-หลัง	.116	40	.185	.953	40	.098

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

ค่าเฉลี่ยของคะแนน	กลุ่ม	Kolmogoro			Shapiro		
		v-Smirnov			-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
สมรรถนะแห่งตน-ก่อน	control	.124	20	.200	.956	20	.460
	test	.130	20	.200	.928	20	.140
พฤติกรรมด้าน เพศสัมพันธ์-ก่อน	control	.183	20	.077	.907	20	.057
	test	.182	20	.083	.869	20	.011
สมรรถนะแห่งตน-หลัง	control	.119	20	.200	.932	20	.168
	test	.160	20	.194	.920	20	.100
พฤติกรรมด้าน เพศสัมพันธ์-หลัง	control	.160	20	.190	.875	20	.015
	test	.187	20	.066	.916	20	.081

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Levene's Test of Equality of Error Variances

Dependent Variable: Self-efficacy (post-test)

F	df1	df2	Sig.
.180	1	38	.674

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a Design: Intercept+ Duration of illness +GROUP

Tests of Between-Subjects Effects Dependent Variable: Self-efficacy (post-test)

Source	Type III	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	14.984	3	4.995	22.634	.000
Intercept	22.065	1	22.065	99.989	.000
GROUP	.951	1	.951	4.311	.045
Duration of illness	.407	1	.407	1.843	.183
GROUP * Duration of illness	1.664E-02	1	1.664E-02	.075	.785
Error	7.944	36	.221		
Total	307.018	40			
Corrected Total	22.929	39			

a R Squared = .654 (Adjusted R Squared = .625)

Tests of Between-Subjects Effects Dependent Variable: Self-efficacy (post-test)

Source	Type III	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	14.968	2	7.484	34.782	.000
Intercept	39.371	1	39.371	182.982	.000
Duration of illness	.807	1	.807	3.750	.060
GROUP	10.875	1	10.875	50.544	.000
Error	7.961	37	.215		
Total	307.018	40			
Corrected Total	22.929	39			

a R Squared = .653 (Adjusted R Squared = .634)

Levene's Test of Equality of Error Variances

Dependent Variable: Behavior (post-test)

F	df1	df2	Sig.
.147	1	38	.703

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a Design: Intercept+ Duration of illness +GROUP

Tests of Between-Subjects Effects Dependent Variable: Behavior (post-test)

Source	Type III	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	6.671	3	2.224	22.579	.000
Intercept	16.198	1	16.198	164.469	.000
GROUP	9.162E-02	1	9.162E-02	.930	.341
Duration of illness	.570	1	.570	5.789	.021
GROUP * Duration of illness	6.099E-02	1	6.099E-02	.619	.436
Error	3.546	36	9.849E-02		
Total	193.116	40			
Corrected Total	10.217	39			

a R Squared = .653 (Adjusted R Squared = .624)

Tests of Between-Subjects Effects Dependent Variable: Behavior (post-test)

Source	Type III	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	6.610	2	3.305	33.908	.000
Intercept	25.727	1	25.727	263.938	.000
Duration of illness	.578	1	.578	5.931	.020
GROUP	4.402	1	4.402	45.166	.000
Error	3.607	37	9.747E-02		
Total	193.116	40			
Corrected Total	10.217	39			

a R Squared = .647 (Adjusted R Squared = .628)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล	นางสาวสมพร งามวิลัย
วัน เดือน ปีเกิด	19 มกราคม 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดราชบุรี
ประวัติการศึกษา	มัธยมศึกษา โรงเรียนรัตนราษฎร์บำรุง ราชบุรี พ.ศ. 2527 ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2529 พยาบาลศาสตรบัณฑิต(ต่อเนื่อง) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2536 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไร้เชื้อ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2543 ประกาศนียบัตรการสอนการพยาบาลในคลินิก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2548 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง มหาวิทยาลัยคริสเตียน พ.ศ. 2553
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลบ้านโป่ง พ.ศ.2538 - ปัจจุบัน