



Factors Influencing Sexual Function among Male Patients with Acute Coronary Syndrome Post Percutaneous Coronary Intervention*

Tueanchai Popradab, RN, MNS¹, Chongjit Saneha, RN, PhD¹, Sarinrut Sriprasong, RN, PhD¹, Thamarath Chantadansuwan, MD²

Abstract

Purpose: The research aimed to study the influence of disease severity, fear of movement, sexual knowledge and patient healthcare provider communication on sexual function of the male patients with acute coronary syndrome post percutaneous coronary intervention.

Design: Correlational predictive design.

Methods: The sample comprised 126 male patients with acute coronary syndrome post PCI at outpatient department in a super-tertiary hospital. Data were collected using questionnaires on demographic and illness data including disease severity, fear of movement, sexual knowledge, patient healthcare provider communication, and sexual function. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Main findings: The results showed that 75.4% of the samples were adults. Mean age of the total sample was 55 years (SD = 8.48). Precisely 49.2% had moderate sexual function and 47.6% had high sexual function. Disease severity, fear of movement, sexual knowledge and patient healthcare provider communication were jointly explained 5.2 percent of variance of sexual function in male patients with acute coronary syndrome post PCI (adjusted $R^2 = .05$). Disease severity ($\beta = .19$, $p < .05$) and fear of movement ($\beta = -.18$, $p < .05$) were only two significant factors influencing sexual function.

Conclusion and recommendations: Disease severity and fear of movement can influence sexual function. Hence, nurses and healthcare team should assess disease severity and fear of movement so as to manage fear of movement and advice the appropriate activities related to disease severity to promote sexual function of male patients with acute coronary syndrome post percutaneous coronary intervention.

Keywords: acute coronary syndrome, disease severity, fear of movement, percutaneous coronary intervention, sexual dysfunction

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(2):33-45

Corresponding Author: Associate Professor Chongjit Saneha, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Central Chest Institute of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

Received: 25 November 2021 / Revised: 17 April 2022 / Accepted: 17 May 2022



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ*

เดือนใจ โพธิ์ประดับ, พย.ม.¹ จงจิต เสน่หา, PhD¹ ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, ปร.ด.¹ ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอิทธิพลของความรุนแรงของโรค ความกลัวการเคลื่อนไหว ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง จำนวน 126 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และการเจ็บป่วยในเรื่องของความรุนแรงของโรค ความกลัวการเคลื่อนไหว ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ และการทำหน้าที่ทางเพศ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 75.4 และมีอายุเฉลี่ย 55 ปี (SD = 8.48) มีการทำหน้าที่ทางเพศในระดับปานกลางร้อยละ 49.2 และระดับมากร้อยละ 47.6 ความรุนแรงของโรค ความกลัวการเคลื่อนไหว ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 5.2 (adjusted R² = .05) ความรุนแรงของโรค ($\beta = .19$, $p < .05$) ความกลัวการเคลื่อนไหว ($\beta = -.18$, $p < .05$) เป็นเพียงสองปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ: ความรุนแรงของโรคและความกลัวการเคลื่อนไหวมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรประเมินความกลัวการเคลื่อนไหวและความรุนแรงของโรค เพื่อที่จะบริหารจัดการความกลัวการเคลื่อนไหว และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรค ความกลัวการเคลื่อนไหว การขยายหลอดเลือดหัวใจ การทำหน้าที่ทางเพศ

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(2):33-45

ผู้ประสานงานการเผยแพร่ : รองศาสตราจารย์จงจิต เสน่หา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันที่รับบทความ: 25 พฤศจิกายน 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 17 เมษายน 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 17 พฤษภาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome, ACS) เป็นกลุ่มอาการที่มีการลดลงของการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ จากสถิติของวิทยาลัยแพทยโรคหัวใจและสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา ประมาณการณ์การเกิดผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 605,000 รายต่อปี และเสียชีวิตทุกๆ 40 วินาที¹ สำหรับประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 14,915 รายในปี พ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นเป็น 21,223 รายในปี พ.ศ. 2560² และพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ยกสูง (STEMI) ร้อยละ 9.8 ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST ไม่ยกสูง (NSTEMI) ร้อยละ 7.2 และผู้ป่วยภาวะเจ็บแน่นอกไม่คงที่ (UA) ร้อยละ 0.6² โดยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดจากการอุดตันภายในหลอดเลือดหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือด ปัจจุบันการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มสูงขึ้นแต่อย่างไรก็ตาม จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2562 ยังพบว่าผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ PCI ช้ากว่าระยะเวลาที่กำหนดถึงร้อยละ 50.5³ ซึ่งระยะเวลาการรักษาที่ล่าช้าส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจึงไม่สามารถทำหน้าที่ได้ดั้งเดิม ทำให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง การไหลเวียนของเลือดภายในร่างกายลดลงรวมไปถึงการไหลเวียนของเลือดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางเพศลดลง⁴

การทำหน้าที่ทางเพศ (sexual function) หมายถึง การตอบสนองและการทำงานร่วมกันของร่างกายและจิตใจ จากความปรารถนา ความรู้สึกพึงพอใจทางเพศที่ส่งผลให้มีการตื่นตัวทางเพศ การแข็งตัวของอวัยวะเพศ การถึงจุดสุดยอด และการคลายตัวของอวัยวะเพศ⁵ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI

มีปัญหาทางเพศเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 47 โดยปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือ การไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ⁶ และการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดภายหลังการทำ PCI มีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางเพศในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ⁷ การทำหน้าที่ทางเพศที่ลดลงจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของความปรารถนาทางเพศ การตื่นตัวทางเพศ การแข็งตัวของอวัยวะเพศและการถึงจุดสุดยอด รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ความเป็นชาย ยิ่งกว่านั้นจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส⁸ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ป่วยภายหลังการทำ PCI¹⁰⁻¹¹ และในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีการทำ PCI หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG)^{6,9,12} พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศถึงความผิดปกติของการทำหน้าที่ทางเพศ (sexual dysfunction) ได้แก่ การไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ (Erectile Dysfunction, ED)⁹⁻¹² สำหรับประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศในเชิงความสัมพันธ์⁷ นอกจากนี้ยังพบการศึกษาการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ¹³ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI หรือการผ่าตัด CABG ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า¹² ระดับการศึกษา การจ้างงาน รายได้ ดัชนีมวลกาย⁹ จากกรอบแนวคิดด้านเพศสัมพันธ์ในคนของ Masters และ Johnson⁵ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านร่างกาย ปัจจัยทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งในการศึกษารุ่นนี้ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความกลัว การเคลื่อนไหว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ส่วนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์⁷ เป็นปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

ความรุนแรงของโรค หมายถึง ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI ที่ส่งผลต่อการไหลเวียนของเลือดในร่างกาย จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าความรุนแรงของโรคโดยประเมินจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศด้าน ED ในผู้ป่วย STEMI หลังการทำ PCI¹⁴ สำหรับประเทศไทยพบการศึกษาความรุนแรงของโรค ซึ่งประเมินจากอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI⁷ ซึ่งการศึกษาในประเทศไทยพบเฉพาะการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ แต่ยังไม่พบการศึกษาเชิงทำนายของความรุนแรงของโรคต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI และประเมินความรุนแรงของโรคจากค่า LVEF

ความกลัวการเคลื่อนไหว หมายถึง ความรู้สึกกลัวการเคลื่อนไหวในการมีกิจกรรมทางกาย การเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวัน รวมไปถึงการออกกำลังกาย¹⁵ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI กลัวที่จะเคลื่อนไหวร่างกายของตนเอง¹⁶ และพบว่าความกลัวการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่องในผู้ป่วยปลูกถ่ายไต¹⁷ จากการศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาในต่างประเทศในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์และอิทธิพลของความกลัวการเคลื่อนไหวต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพศชายมีคะแนนความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ร้อยละ 53¹⁸ สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพศชายมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในระดับปานกลาง และพบว่าความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI⁷

แต่จากบางการศึกษายังพบว่า ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ¹³ จากผลการศึกษาข้างต้นยังไม่สอดคล้องกัน และยังไม่พบการศึกษาการทำนายของความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI กับบุคลากรทางสุขภาพที่ครอบคลุมด้านจิตใจและสังคม จากการศึกษาเชิงคุณภาพในต่างประเทศในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 66 ไม่ได้รับคำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์จากบุคลากรทางสุขภาพ และร้อยละ 63 ต้องการได้รับคำแนะนำเรื่องเพศสัมพันธ์ และจากการศึกษายังพบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไต¹⁹ สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์และการทำนายของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น เกือบทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศถึงความผิดปกติของการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรวมทั้งหลังการทำ PCI และ CABG^{6,9,12} และการศึกษาเฉพาะหลังการทำ PCI^{10,11} สำหรับประเทศไทยยังมีจำนวนการศึกษาน้อย และเป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์⁷ ยังไม่พบการศึกษาเชิงทำนายของการทำหน้าที่ทางเพศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศ และปัจจัยที่จะมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เฉพาะหลังการทำ PCI เพื่อทราบปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และหาแนวทางในการแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ เพื่อการดูแลแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI และเพื่อศึกษาอิทธิพลของความรุนแรงของโรค ความกลัวการเคลื่อนไหว ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI

สมมติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของโรค ความกลัวการเคลื่อนไหว ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างจากประชากรตามเกณฑ์กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้า (inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยเพศชายที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI ภายใน 1 ปี 2) มีคูสมรสหรือมีคู่นอน 3) ยังคงมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 1 ปีก่อนการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 4) มีระดับความรู้สึกตัวดี ถ้าอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ประเมินการรับรู้ความเข้าใจด้วยมินิค็อกฉบับภาษาไทย (Thai version of mini-cog)²⁰ มีคะแนนเท่ากับ 3 คะแนนหรือมากกว่า 5) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.2 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) .80 จากการทบทวนวรรณกรรมที่คล้ายคลึงกันของ ชัญญา อุทศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ²¹ พบค่าความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคต่อพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วย STEMI ได้ค่า $r = .36$ นำไปคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 86 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 100 ราย จึงใช้ค่าสหสัมพันธ์ขนาดปานกลาง $r = .30$ ²² คำนวณขนาดอิทธิพลค่า $f^2 = .10$ กำหนดจำนวนตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง แบบประเมินความรู้ความเข้าใจมินิค็อก ฉบับภาษาไทย ใช้เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี โดยหากผู้ป่วยมีคะแนนเท่ากับ 3 คะแนนหรือมากกว่า ถือว่าเข้าเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพ เพศของคูสมรส/คู่นอน ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความเครียดจากการเจ็บป่วยในครั้งนี้ และข้อมูลด้านเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการทำ PCI การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ภายหลังการทำ PCI อาการผิดปกติภายหลังการทำ PCI การได้รับความรู้และความต้องการได้รับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ภายหลังการทำ PCI ประวัติการใช้สาร/ยา/สมุนไพรกระตุ้นทางเพศ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจกรรม และแบบบันทึกค่า LVEF และผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนทรงอกหลังการทำ PCI โดยแบ่งตามระดับความรุนแรงของโรคจากค่า LVEF ได้ 3 ระดับ²³ ดังนี้ LVEF $\geq 50\%$ หมายถึง ความรุนแรงของโรคน้อย, LVEF 41-49% หมายถึง ความรุนแรงของโรคปานกลาง และ LVEF $\leq 40\%$ หมายถึง ความรุนแรงของโรครุนแรง

2.3 แบบสอบถามความกลัวการเคลื่อนไหว (Tampa Scale for Kinesiophobia Heart; TSK-Heart) พัฒนาโดย Back และคณะ¹⁶ แปลเป็นภาษาไทยโดยคณะผู้วิจัย โดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) แบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับดังนี้ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างมาก (4 คะแนน) (ช่วงคะแนนเท่ากับ 17-68 คะแนน) ได้กำหนดจุดตัดคะแนนความกลัวการเคลื่อนไหวที่ 37 คะแนน¹⁶ มีการแปลผลดังนี้ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับน้อย คะแนนมากกว่า 37 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการเคลื่อนไหวอยู่ในระดับมาก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence) เท่ากับ .96 และหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 126 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71 และ .76 ตามลำดับ

2.4 แบบสอบถามความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น 3 ระดับ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดและตอบไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน (ช่วงคะแนนเท่ากับ 0-21 คะแนน) มีการแปลผลดังนี้ คะแนน ≤ 13 แสดงว่า คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ระดับน้อย คะแนน 14-17 แสดงว่า คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ระดับปานกลาง คะแนน ≥ 18 แสดงว่า คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ระดับมาก ตรวจสอบความตรงได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) เท่ากับ .99 และหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 126 ราย ด้วยวิธีคูเตอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 และ .76 ตามลำดับ

2.5 แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ (Interpersonal Process of Care questionnaire, IPC) พัฒนาโดย Stewart และคณะ²⁴ แปลฉบับภาษาไทยโดยคณะผู้วิจัย โดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) แบบสอบถามมีจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ คือ ไม่เคยเลย (1 คะแนน) ถึง สม่่าเสมอ (5 คะแนน) (ช่วงคะแนนเท่ากับ 21-105 คะแนน) มีการแปลผลดังนี้ คะแนน 21-48 คะแนน หมายถึง มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพระดับน้อย คะแนน 49-76 คะแนน หมายถึง มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพระดับปานกลาง คะแนน 77-105 คะแนน หมายถึง มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพระดับมาก ตรวจสอบความตรงได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาหรือ CVI เท่ากับ .99 และหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 126 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 และ .86 ตามลำดับ

2.6 แบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศ (International Index of Erectile Function, IIEF-15) พัฒนาโดย Rosen, Cappelleri และ Gendrano²⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดย อภิชาติ กงกะนันท์ และคณะ²⁶ แบบสอบถามมีจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (ช่วงคะแนนเท่ากับ 5-75 คะแนน) มีการแปลผลดังนี้ คะแนน 5-28 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับน้อย คะแนน 29-52 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 53-75 คะแนน หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับมาก แบบสอบถามการทำหน้าที่ทางเพศเป็นเครื่องมือมาตรฐาน มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย อภิชาติ กงกะนันท์ และคณะ²⁶ มีการใช้อย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและหาความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 126 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันที่ผู้วิจัยศึกษาเลขที่ IRB-NS2020/559.0704 และโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเลขที่ IRB 088/2563 ตามลำดับ โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย 3 ด้าน ได้แก่ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและการรักษาความลับของข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนและขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ และไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ การนำข้อมูลตีพิมพ์เผยแพร่จะทำในภาพรวมของผลงานวิจัยเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าอบรมการให้การปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านการให้การปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์ ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนทั้งสองแห่ง ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจ ในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย และแนะนำผู้ป่วยที่สนใจกับผู้วิจัย โดยตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัยของโครงการ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกขณะรอพบแพทย์ และจัดสถานที่เป็นห้องแยกให้มีความเป็นส่วนตัว และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 55 นาที หากขณะตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจกับข้อคำถาม ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างพัก และให้ตอบคำถามเมื่อพร้อม สำหรับข้อมูลจากเวชระเบียนผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรค ความกลัวการเคลื่อนไหว และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพต่อการทำหน้าที่ทางเพศ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้อื่นเรื่องเพศสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ทางเพศ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์มีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ และวิเคราะห์อำนาจทำนายของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าสมการพร้อมกัน (enter method) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 55 ปี (SD = 8.48) มากกว่าครึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 75.4 มีสถานภาพคู่และสมรสกันร้อยละ 89.7 หลังการทำ PCI เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ย 44.2 วัน ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์ร้อยละ 88.1 ส่วนน้อยมีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์หลังทำ PCI ร้อยละ 11.9 พบการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศมากที่สุดร้อยละ 7.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ร้อยละ 86.5 และต้องการความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์หลังการทำ PCI ร้อยละ 75.4 กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ 50 รองลงมาเป็น NSTEMI ร้อยละ 34.9 และ UA ร้อยละ 15.1 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 10-12 เดือนมากที่สุดร้อยละ 46 เกือบทั้งหมดมีโรคร่วมร้อยละ 93.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น functional class I ร้อยละ 95.2 และ functional class II ร้อยละ 4.8 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.3 มีหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 3 เส้น กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการทำ PCI ครบทุกเส้นที่ตีบร้อยละ 84.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของตัวแปรที่ศึกษา (N = 126)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	\bar{X}	SD	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การทำหน้าที่ทางเพศ	17-75	50.6	11.1		
ระดับน้อย (5-28 คะแนน)				4	3.2
ระดับปานกลาง (29-52 คะแนน)				62	49.2
ระดับมาก (53-75 คะแนน)				60	47.6
ความรุนแรงของโรค	25-79	56.4	11.5		
น้อย (LVEF \geq 50)				95	75.4
ปานกลาง (LVEF = 41-49)				18	14.3
มาก (LVEF \leq 40)				13	10.3
ความกลัวการเคลื่อนไหว	26-57	42.5	5.8		
ระดับน้อย (\leq 37 คะแนน)				31	24.6
ระดับมาก ($>$ 37 คะแนน)				95	75.4
ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	3-20	13.6	3.7		
ระดับน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60)				61	48.4
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)				48	38.1
ระดับมาก (มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป)				17	13.5
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ	54-102	80.7	10.6		
ระดับน้อย (21-48 คะแนน)				0	0
ระดับปานกลาง (49-76 คะแนน)				42	33.3
ระดับมาก (77-105 คะแนน)				84	66.7

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI (N = 126)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. ความรุนแรงของโรค (LVEF)	1				
2. ความกลัวการเคลื่อนไหว	.02	1			
3. ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ ¹	-.15	-.13	1		
4. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรฯ	-.07	-.23**	.24**	1	
5. การทำหน้าที่ทางเพศ	.20*	-.18*	-.10	.04	1

¹ Spearman rank correlation, * p < .05, ** p < .001

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรค ความกลัว การเคลื่อนไหว ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย กับบุคลากรทางสุขภาพ ต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชาย ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI พบว่า ความรุนแรงของโรค (LVEF) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการทำหน้าที่ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p < .05$) ความกลัวการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับการทำหน้าที่ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.18, p < .05$) ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชาย ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนาย พบว่าความรุนแรงของโรค ความกลัวการเคลื่อนไหว ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ สามารถร่วมทำนายความแปรปรวนของการทำหน้าที่ทางเพศ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI ได้ร้อยละ 5.2 ($\text{adjusted } R^2 = .05$) และพบว่ามีตัวแปรอิสระ 2 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือความรุนแรงของโรค ($\beta = .19, p < .05$) รองลงมา คือความกลัวการเคลื่อนไหว ($\beta = -.18, p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์อำนาจทำนายของการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ (N = 126)

ตัวแปรที่ศึกษา	b	std. error	β	t	p-value	95%CI	
						Lower bound	Upper bound
ค่าคงที่	55.12	13.10		4.20		29.18	81.06
1. ความรุนแรงของโรค (LVEF)	.19	.09	.19	2.17	.032*	.02	.35
2. ความกลัวการเคลื่อนไหว	-.35	.17	-.18	-2.05	.042*	-.69	-.01
3. ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์	-.30	.28	-.10	-1.08	.281	-.85	.25
4. การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย กับบุคลากรทางสุขภาพ	.05	.10	.05	.50	.617	-.15	.24

$R^2 = .08, \text{adjusted } R^2 = .05, F = 2.70, p = .034, * p < .05$

การอภิปรายผล

การทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI จากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลางถึงมากร้อยละ 96.8 โดยหลังการทำ PCI ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ได้ถึงร้อยละ 92.1 อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขปัญหของหลอดเลือดหัวใจครบทุกเส้นที่ตีบร้อยละ 84.9 ซึ่งอธิบายได้ว่า ผลจากการทำ PCI ทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดหัวใจ

ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดมาเลี้ยงอย่างเพียงพอ เพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย และการไหลเวียนของเลือดทั่วร่างกายเพิ่มมากขึ้น รวมถึงมีการไหลเวียนของเลือดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์กลับสู่ภาวะปกติ ส่งผลให้มีการตอบสนองทางเพศดีขึ้นและสามารถฟื้นตัวได้เร็ว²⁷ ร่วมกับในการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเจ็บหน้าอกร้อยละ 88.1 ไม่มีอาการเหนื่อยร้อยละ 82.5 และไม่มีอาการหายใจลำบากร้อยละ 97.6

อิทธิพลของความรุนแรงของโรค ความกลัวการเคลื่อนไหว ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคน้อย โดยพบว่ามีค่า LVEF เฉลี่ยเท่ากับ 56.4 (SD = 11.51) ซึ่งความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถทำนายการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังการทำ PCI ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าเมื่อค่า LVEF มาก ความรุนแรงของโรคน้อยลง ภายหลังการทำ PCI กล้ามเนื้อหัวใจมีการฟื้นตัว และสามารถบีบเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลายเพิ่มขึ้น รวมไปถึงบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และทำให้การทำหน้าที่ทางเพศเพิ่มขึ้น⁴ สอดคล้องตามกรอบแนวคิดด้านเพศสัมพันธ์ ในคนของ Masters และ Johnson⁵ ที่ว่าความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งทางด้านร่างกาย ความสมบูรณ์ของร่างกาย เป็นปัจจัยพื้นฐานต่อการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางเพศ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเยอรมนีของ Baumhäkel และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาอิทธิพลของ LVEF ต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ด้านการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศในผู้ป่วย STEMI ภายหลังการทำ PCI พบว่าความรุนแรงของโรคโดยประเมินจาก LVEF มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ด้านการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = - .20, - .03, p < .009)

ความกลัวการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน และสอดคล้อง

ตามกรอบแนวคิดด้านเพศสัมพันธ์ในคนของ Masters และ Johnson⁵ ที่ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงและการตอบสนองกลไกการทำหน้าที่ทางเพศ ผลของความกลัวการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นจะทำให้การทำหน้าที่ทางเพศจะลดลง และมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ - .18 (p < .05) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนของ Xiao และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความกลัวการเคลื่อนไหวกับการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่องในผู้ป่วยปลุกถ่ายไต พบว่าความกลัวการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่องในผู้ป่วยปลุกถ่ายไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .36, p < .001)

ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่ผลการศึกษารั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นาริลักษณ์ ถิ่นพายัพ และคณะ¹³ ซึ่งพบว่าความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติทางเพศในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ อาจเนื่องจากการทำหน้าที่ทางเพศเป็นสัจจัตถญาณของมนุษย์ เมื่อหลังการทำ PCI ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการฟื้นตัว การไหลเวียนของเลือดไปยังอวัยวะส่วนปลายเพิ่มขึ้น ร่างกายอยู่ในสภาพของโรคที่ไม่รุนแรง จึงสามารถกลับไปตอบสนองความต้องการทางเพศ โดยมีการทำหน้าที่ทางเพศได้ดั้งเดิมก่อนการเจ็บป่วย แม้ว่ามนุษย์จะไม่มีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์แต่ก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการทำ PCI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน

แต่ผลการศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Humphreys และคณะ¹⁹ ที่พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชาย ที่ได้รับการเปลี่ยนถ่ายไขกระดูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.04, p = .02$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานอยู่ในช่วง 10-12 เดือนมากที่สุด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพ และจากคะแนนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพซึ่งอยู่ในระดับมาก ซึ่งเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยกับบุคลากรและได้รับข้อมูลทางสุขภาพอื่นๆ และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวทั่วไปด้านต่างๆ ภายหลังจากการทำ PCI ซึ่งไม่ได้เกี่ยวข้องกับกรณีเพศสัมพันธ์ จึงส่งผลให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ ร่วมกับผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำหน้าที่ทางเพศได้

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากประเด็นการทำหน้าที่ทางเพศเป็นเรื่องส่วนตัวและอ่อนไหว ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมการวิจัยโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์ของการศึกษาคั้งนี้ และผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจและสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้คำตอบจากแบบสอบถามมีความตรงมากที่สุด และการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังจากการทำ PCI เฉพาะผู้ป่วยที่มี functional class I และ II ตาม NYHA classification จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น การทำหน้าที่ทางเพศในกลุ่มผู้ป่วยที่มี functional class III และ IV เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษอาจมีความแตกต่างของระดับการทำหน้าที่ทางเพศได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาคั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังจากการทำ PCI ส่วนใหญ่มีการทำหน้าที่ทางเพศอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยเฉพาะความกลัวการเคลื่อนไหว และความรุนแรงของโรคเท่านั้นมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรประเมินความกลัวการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของผู้ป่วย เพื่อทราบปัญหาและหาแนวทางลดความกลัวการเคลื่อนไหว โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความสามารถในการเคลื่อนไหว รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติทางหัวใจที่อาจเกิดจากการเคลื่อนไหวภายหลังจากการทำ PCI เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางเพศได้อย่างเหมาะสม และควรมีการประเมินความรุนแรงของโรคด้วย LVEF ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังจากการทำ PCI ทุกราย เพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติกิจกรรมการทำหน้าที่ทางเพศที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรค

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

- 1) ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยชายที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังจากการทำ PCI เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นต้น
- 2) ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการลดความกลัวการเคลื่อนไหว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถมีการทำหน้าที่ทางเพศได้อย่างเหมาะสม
- 3) ควรมีการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยเพศหญิงที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังจากการทำ PCI เพื่อให้เข้าใจการทำหน้าที่ทางเพศในเพศหญิงมากยิ่งขึ้น
- 4) ควรมีการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ

References

1. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics—2019 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2019; 139(10):56-528. doi: 10.1161/CIR.0000000000000659.
2. Thai ACS registry [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018 [cited 2019 Oct 9]. Available form: <http://www.ncvdt.org/Default.aspx>. (in Thai).
3. Thai ACS registry [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019 [cited 2019 Oct 9]. Available form: <http://www.ncvdt.org/Default.aspx>. (in Thai).
4. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, Cheitlin MD, Conti JB, et al. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;125(8): 1058-72. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182447787.
5. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little, Brown and Company; 1966. 366 p.
6. Byrne M, Doherty S, Murphy AW, McGee HM, Jaarsma T. The CHARMS study: cardiac patients' experiences of sexual problems following cardiac rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013;12(6): 558-66. doi: 10.1177/1474515113477273.
7. Boonrueang P, Ua-kit N. Selected factors associated with sexual function among patients with myocardial infarction after percutaneous transluminal coronary intervention. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2020;47(1):140-57. (in Thai).
8. Assari S, Moghani Lankarani M, Ahmadi K, Kazemi Saleh D. Association between sexual function and marital relationship in patients with ischemic heart disease. *J Teh Univ Heart Ctr*. 2014;9(3):124-31.
9. Son Y-J, Jang M, Jun E-Y. Prevalence of erectile dysfunction and associated factors in Korean older adults with coronary artery disease. *J Gerontol Nurs*. 2016;42(10):32-41. doi: 10.3928/00989134-20160701-02.
10. Karabay E, Karsiyakali N, Cinier G, Zeren G, Duvar S, Simsek B, et al. Change in frequency and predictors of erectile dysfunction with changes in the international index of erectile function-erectile function domain score in patients with ST-elevation myocardial infarction: a prospective, longitudinal study. *J Sex Med*. 2020;17(6):1101-8. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.03.002.
11. Puchalski B, Szymanski F, Filipiak K, Filipiak JK. Sexual dysfunction in men in the first 9 months after myocardial infarction. *Psychiatr Pol*. 2013;47(5):811-26.
12. Lemogne C, Ledru F, Bonierbale M, Consoli SM. Erectile dysfunction and depressive mood in men with coronary heart disease. *Int J Cardiol*. 2010;138(3):277-80. doi: 10.1016/j.ijcard.2008.08.017.
13. Thinpayup N, Asdomwised U, Pornchaitate Ou-Yeong A, Ongcharit P. Factors related to sexual function in patients with valvular replacement surgery. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2015;33(1):14-23. (in Thai).
14. Baumhäkel M, Werner N, Böhm M, Nickenig G. Circulating endothelial progenitor cells correlate with erectile function in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J*. 2006;27(18):2184-8. doi: 10.1093/eurheartj/ehl202.

15. Vlaeyen JWS, Kole-Snijders AMJ, Boeren RGB, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*. 1995;62(3):363-72. doi: 10.1016/0304-3959(94)00279-N.
16. Bäck M, Cider Å, Herlitz J, Lundberg M, Jansson B. The impact on kinesiophobia (fear of movement) by clinical variables for patients with coronary artery disease. *Int J Cardiol*. 2013;167(2):391-7. doi: 10.1016/j.ijcard.2011.12.107.
17. Xiao P, Liu M, Cui L, Ding S, Xie J, Cheng AS. Sexual dysfunction and activity avoidance in female kidney transplant patients. *Clin Transplant*. 2021;35(8):e14363. doi: 10.1111/ctr.14363.
18. Nilsson UG, Svedberg P, Fridlund B, Alm-Roijer C, Thylén I, SAMMI-Study Group. Sex knowledge in males and females recovering from a myocardial infarction: a brief communication. *Clin Nurs Res*. 2012;21(4):486-94. doi: 10.1177/1054773812437241.
19. Humphreys CT, Tallman B, Altmaier EM, Barnette V. Sexual functioning in patients undergoing bone marrow transplantation: a longitudinal study. *Bone Marrow Transplant*. 2007;39(8):491-6. doi: 10.1038/sj.bmt.1705613.
20. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(5):594-600. doi: 10.1111/ggi.12318.
21. Uthassiripanich S, Ua-Kit N. Predicting factors of sexual behaviors among male patients with myocardial infarction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2011;22(2):31-43. (in Thai).
22. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992; 112(1):155-9. doi: 10.1037//0033-2909.112.1.155.
23. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-200. doi: 10.1093/eurheartj/ehw128.
24. Stewart AL, Nápoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal processes of care survey: patient-reported measures for diverse groups. *Health Serv Res*. 2007;42(3 Pt 1):1235-56. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00637.x.
25. Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano 3rd N. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *Int J Impot Res*. 2002;14(4):226-44. doi: 10.1038/sj.ijir.3900857.
26. Kongkanand A, Ratana-Olarn K, Ruangdilokrat S, Tantiwong A, Thai investigators in ASSESS-2 Study Group. The efficacy and safety of oral sildenafil in Thai men with erectile dysfunction: a randomized, double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *J Med Assoc Thai*. 2003;86(3):195-205.
27. Brandis Kepler S, Hasin T, Benyamini Y, Goldbourt U, Gerber Y. Frequency of sexual activity and long-term survival after acute myocardial infarction. *Am J Med*. 2020;133(1):100-7. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.06.019.