



พ.ศ. 2535

ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรส
ต่อการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก

THE EFFECT OF EDUCATIVE-SUPPORTIVE INTERVENTION PROGRAM FOR COUPLE
ON SEXUAL ADJUSTMENT AND DEPRESSION IN MASTECTOMY PATIENTS

อภิสิทธิ์ นันทนาการ

จาก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เรืออากาศเอกหญิงภัทรรักษ์ ภัทรโยธิน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2534

ISBN 974-587-281-4

(สงวนลิขสิทธิ์)

Copyright by Mahidol University

22397

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนแก่คู่สมรส ต่อการปรับตัวทางเพศ
และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก

3.๑ หญิง จิกรมณีนี จิกรโสม...

เรืออากาศเอกหญิงภัทรรณณ์ ภัททรโยธิน

ผู้วิจัย

๒๕๕ ๔

วันดี เสวตมาลย์, วท.บ., ศศม.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดร.นงนิจ อนุชิต...

ภาคสุภณีย์ ศรีกลสินธุ์, วท.บ., M.N.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดร.นงนิจ อนุชิต...

มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดร. จ...

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

ดร. จ...

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนแก่คู่สมรส ต่อการปรับตัวทางเพศ

และภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 6 พฤศจิกายน 2534

3.๑. ทนาย อภิธรรมณ์ อภิธรรมณ์ .

เรืออากาศเอกหญิงภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน

ผู้วิจัย

.....

วันดี เสวตมาลย์, วท.ม., ศศม.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ภักตสุภิชญ์ ศรีกลสิพันธ์, วท.บ., M.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ทวิพงษ์ สุวรรณโคต, พ.บ., ป.ชั้นสูง,

D.Obst., F.I.C.S., อ.ว.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,

F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ เรืออากาศเอกหญิง ภัทรภรณ์ ภัทรโยธิน

วัน เดือน ปีเกิด 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2503

สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา
โรงเรียนพยาบาลทหารอากาศ, พ.ศ. 2521-2524:
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2529-2534:
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

ทุนวิจัย ได้รับทุนการวิจัยบางส่วนจากมูลนิธิอานันทมหิดล ศิริรัตน, พ.ศ. 2532

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พ.ศ. 2525 - 2526 : ห้องคลอด โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
พ.ศ. 2526 - 2527 : โรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา นครปฐม
พ.ศ. 2527 - ปัจจุบัน : โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

ตำแหน่ง : นายทหารพยาบาล ประจำกรมแพทย์ทหารอากาศ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงด้วย ความกรุณา และความช่วยเหลือตลอดมาจาก รองศาสตราจารย์ วันดี เศรษฐมัลย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภคสุภิชญ์ ศรีกลินันท์ รองศาสตราจารย์ มาลี เลิศมาลีวงศ์ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย และช่วยตรวจแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้อย่างดียิ่ง รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ นายแพทย์ทวีพงษ์ สุวรรณโคต ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต และรองศาสตราจารย์ดอกเตอร์ สมจิต หนูเจริญกุล ที่กรุณาชี้แนะแนวทาง ให้คำแนะนำ ปรับปรุงแก้ไข เปิดโอกาสและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พร้อมกับให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณและขออุทิศความดีจากการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ แต่ท่านเจ้าของทุนมูลนิธิอาชีวศิ ศิริรัตน ผู้ให้ทุนช่วยเหลืองานวิจัยครั้งนี้ ขอบพระคุณ คุณสมจิต เนติธรรมการ หัวหน้าแผนกวิจัยและพัฒนา บริษัท ไทยวาโก้ จำกัด ที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อให้สิทธิพิเศษแก่ผู้ปวยกลุ่มตัวอย่างตามความจำเป็น

ขอขอบพระคุณ คุณสายพร รัตนเรืองวัฒนา หัวหน้าหอผู้ป่วย คุณสำเริง รอดณนท์ ผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม (หญิง) เจ้าหน้าที่ห้องตรวจโรคศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารัตนดี และขอขอบพระคุณ คุณสุภาภรณ์ วิศลดิภรณ์ หัวหน้าหอผู้ป่วย คุณบงกชรัตน์ อวณะคุปต์ ผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ไอ ซี ยู ชั้น 4 เจ้าหน้าที่ห้องตรวจโรคศัลยกรรม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและร่วมมืออย่างดียิ่ง ขอขอบคุณ เรืออากาศโทหญิง บุษยา เวรุเมธา และพี่ๆ อาคาร 7/3 และขอกราบขอบพระคุณ หัวหน้ากองการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ทุกท่าน ผู้ให้กำลังใจช่วยเหลือ ส่งเสริม และสนับสนุน มาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณภูกาวี คณาจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารัตนดี เจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการหน่วยศึกษาปริญญาโท เพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ที่กรุณาให้กำลังใจ ส่งเสริม เกื้อหนุน ในทุกๆ ด้าน แต่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

เรืออากาศเอกหญิง ภักธภรณ์ ภักธโยธิน

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก
ผู้วิจัย	เรืออากาศเอกหญิง ภัทธภรณ์ ภักทรโยธิน
ปริญญา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	วันดี เสวตมลายี วท.บ., ศศม. ภัคสุภนิษฐ์ ศรีภักสิทธิ์ วท.บ., M.N. มาลี เลิศมาลีวงศ์ วท.บ., M.N.
วันที่สำเร็จการศึกษา	6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรส ต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก และรักษาด้วยการผ่าตัดออกหมดโดยสิ้นเชิง ชนิดดัดแปลงเพียงข้างเดียว ในโรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในระหว่างเดือนธันวาคม 2532 ถึง เดือนมกราคม 2534 จำนวน 30 คน จัดแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยวิธีการสุ่มด้วยการจับสลากเลือกโรงพยาบาลในครั้งแรก และสลับกันทุก 3 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ทำการเก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดการปรับตัวทางเพศของ วอเตอร์เฮาส์และเมทคาล์ฟ (Waterhouse & Metcalfe, 1983) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ ซุง (Zung, 1965) ทำการวิเคราะห์ข้อมูล คะแนนการปรับตัวทางเพศ ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และคะแนนภาวะซึมเศร้าใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมชนิดวัดซ้ำในหนึ่งปัจจัย รวมทั้งหาความสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีคะแนนการปรับตัวทางเพศในระยะ 10-12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)
2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะ 1 สัปดาห์ และระยะ 10-12 สัปดาห์น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) เมื่อเปรียบเทียบกันในกลุ่มพบว่า ในกลุ่มทดลองคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์และ 10-12 สัปดาห์ น้อยกว่าระยะก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) แต่ระยะ 10-12 สัปดาห์น้อยกว่าระยะ 1 สัปดาห์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ส่วนในกลุ่มควบคุม คะแนนภาวะซึมเศร้าทั้ง 3 ระยะแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$).
3. คะแนนการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ($r = -.31, P = .045$) และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ($r = -.35, P = .027$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การให้ความรู้และการสนับสนุนตามแบบแผนที่กำหนด สามารถส่งเสริมการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกได้ และมีแนวโน้มว่าจะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยให้ลดลงได้ซึ่งจำเป็นต้องทำการศึกษาต่อไป

3

Waterhouse and Metcalfe(1983) 's SAQ were used to measure sexual adjustment, and Zung's scale(1965) assessed depression. The results were computed by the ANCOVA and the ANCOVA -repeated measure on one factor. The Pearson Product Moment Correlation was also used to obtain the relationship between the sexual adjustment and the depression.

The results of the study indicated that:

1. The experimental group had sexual adjustment score statistically significant higher than the control group at 10-12 weeks post operation ($P < .05$).
2. The experimental group and the control group had depression score at 1 week and 10-12 weeks which were not statistically significant difference ($P > .05$). When the subjects in the experimental group were compared. It was found that depression score at 1 week and 10-12 weeks was less than the period of preoperation significantly ($P < .05$), but the 10-12 weeks period was not less than the 1 week study period ($P > .05$). The subjects in control group showed no significant difference among the three study periods ($P > .05$).
3. The sexual adjustment and depression score of the subjects were statistically negative relationship before operation ($r = -.31$, $P = .045$) and 10-12 weeks post operation ($r = -.35$, $P = .027$).

From these findings it is suggested that the educative-supportive program on sexual adjustment be promoted to the mastectomy patients, while the tendency of decreased depression in the patient needs further study.

สารบัญเนื้อเรื่อง

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

ก-ข

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ค-ง

สารบัญ

จ-ฉ

สารบัญตาราง

ช

สารบัญภาพ

ซ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

วัตถุประสงค์

6

สมมติฐาน

7

ขอบเขตของการศึกษา

7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

7

ข้อตกลงเบื้องต้น

8

นิยามตัวแปร

8

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านม

10

ความสำคัญของเต้านมในเพศหญิง

16

มโนทัศน์ของภาวะซึมเศร้า

27

มโนทัศน์ของเรื่องเพศ

44

บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้และการสนับสนุน

53

สารบัญเนื้อเรื่อง (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	68
การเก็บรวบรวมข้อมูล	74
การวิเคราะห์ข้อมูล	76
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	77
การอภิปรายผล	91
ข้อจำกัดของการวิจัย	101
บทที่ 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปการวิจัย	103
ข้อเสนอแนะ	
การนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล	104
การทำวิจัยต่อไป	105
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	122
ก. การนิทกษัณณททของผู้นวข	123
ข. แบบบ้นทททข้อมูล	124
ค. สดทททใช้ในการววจ	130
ง. ตารางแสดงลทษณะของกลุ่บตัวอย่าง	
ตารางที่ 8-13	135
จ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	141

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและคุณสมบัติ ในเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง	78
2	เปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวทางเพศทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม	83
3	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาที่แตกต่างกัน	85
4	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัดเป็นตัวแปรร่วม ด้วยวิธี ANCOVA-repeated measure on one factor	88
5	เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะเวลา ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ด้วยวิธี Paired t-test	89
6	เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมในระยะเวลา ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ด้วยวิธี Paired t-test	89
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการปรับตัวทางเพศกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์	90

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	วงจรของปฏิกิริยาที่เกิดจากการสูญเสีย	35
2	ความต่อเนื่องของอารมณ์และภาวะซึมเศร้า	41
3	ปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองทางเพศ	48
4	รูปแบบการให้คำปรึกษาเรื่องเพศ หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ทางเพศของมีมีส์ และสเวนสัน	57
5	กรอบการวิจัย	64
6	แสดงคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	84
7	แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	86

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในประเทศไทย โรคมะเร็งเต้านมพบได้มากเป็นอันดับสอง ของโรคมะเร็งที่พบในสตรี จำนวนสิบอันดับแรก จากการรวบรวมสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งประเทศครั้งล่าสุดในปี ค.ศ.1982 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมร้อยละ 12.8 ของจำนวนสตรีที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งทั้งหมด หรือในอัตรา 4.6 ต่อประชากรแสนคน และจากการรวบรวมสถิติตั้งแต่ปี 1971-1982 พบว่า ในช่วงระยะ 6 ปีหลัง มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี (National Cancer Institute 1987: 23, 49) เช่นเดียวกับในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งพบว่ามีอัตราการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น จากที่เคยพบโรคมะเร็งเต้านมในสตรี 1 ใน 11 คน เพิ่มขึ้นเป็น 1 คนใน 10 คน (Rutherford 1988: 244) โดยทั่วไปแล้วจะพบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 1 คนในสตรีที่ป่วย เป็นโรคมะเร็งทุกๆ 4 คน (Rush 1984: 530) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าในแต่ละปี จะมีผู้ได้รับการตรวจพบโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ และเข้ารับการรักษาเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ

การรักษาโรคมะเร็งเต้านมนี้มีหลายวิธี (Giuliano 1985: 260-262; Tish Knobf 1984: 1112-1116) การรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกเป็นวิธีการรักษาซึ่งยอมรับกัน ทั่วโลกว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง ภายหลังการผ่าตัดสามารถมีชีวิตหลังผ่าตัดเกิน 5 ปี ร้อยละ 85-100 หรือถ้าเซลล์มะเร็งลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองแล้วจะมีชีวิตหลังผ่าตัดเกิน 5 ปี ร้อยละ 60-70 (วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์ 2525: 4-26) และถ้าได้รับการรักษาเพิ่มเติมจากการผ่าตัด เช่น รังสีบำบัด หรือเคมีบำบัด ก็จะทำให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะเคมีบำบัดนั้นในสตรีที่ยัง ไม่หมดประจำเดือนพบว่าสามารถเพิ่มช่วงชีวิตที่ปลอดโรค (disease free survival) และ ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ต่อมน้ำเหลืองได้รักรับให้ผลบวกได้อย่างมีนัยสำคัญ (National Institute of Health 1986: 27) และแม้การรักษาจะได้ผลดีมากขึ้นเพียงใด ก็ยังคงมี การศึกษาปรับปรุงวิธีการรักษาให้ได้ผลดีมากขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบันโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 ถูกจัดไว้เป็น 1 ใน 14 โรคมะเร็งที่มีหวังรักษาให้หายได้ (อาคม เขียรศิลป์ 2531: 22-23) เมื่อผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีอัตราการอยู่รอดยาวนานขึ้น (Rutherford 1988: 244) การ พยายามลดผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมก็ควรขยายขอบเขตความช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตและ

จัดการกับชีวิตของตนเองภายหลังการรักษาได้เป็นอย่างดี มีความสุขในทุกด้านเพิ่มมากขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เรื่องเพศเป็นเรื่องหนึ่งรวมทั้งสามด้านดังกล่าวไว้ด้วยกัน (Fisher 1985: 87) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องเพศจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิต บุคลิกภาพ และพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็ง การสนับสนุนเกี่ยวกับความสมบูรณ์ทางเพศ (sexual health) จึงนับว่าเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาล (Ayres & Nishimoto 1981: 58; Rutherford 1988: 244)

สำหรับเต้านมของเพศหญิงนั้น เป็นสัญลักษณ์ทางเพศ เช่นเดียวกับอวัยวะเพศของผู้ชาย (Kriss 1981: 185) นอกจากนี้ยังทำหน้าที่สร้างน้ำนม รวมทั้งยังมีความสำคัญต่อบทบาททางเพศ และอาจถือได้ว่าเป็นอวัยวะเพศอย่างหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ด้วย (ตำรงกิจกุล 2522: 1849; วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์ 2525: 105; Osborne 1982: 403; Woods 1975: 148) การที่เต้านมเป็นอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศดังกล่าว การรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออก จึงมีผลกระทบต่อเพศหญิงอย่างมาก ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล นับว่าเป็นภาวะคุกคามร่วมกันทั้งร่างกายและจิตใจ (Hughes 1987: 66) มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ (body image) (Polivy 1977: 78) อัตมโนทัศน์ของเพศหญิง การปฏิบัติทางเพศ (sexual functioning) รวมทั้งความสัมพันธ์ทางเพศ (Osborne 1982: 402) จากการศึกษาติดตามผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงภายหลังผ่าตัดเต้านมออก หรือเฉพาะภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก พบว่าภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกมีผลกระทบในเรื่องเพศ และอาจเกิดปัญหาทางเพศขึ้นได้ภายหลัง (Graf 1977: 103; Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 434; Maguire et al. 1978: 964; Morris et al. 1977: 2383)

นอกจากปัญหาในเรื่องเพศแล้ว ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออก ยังต้องเผชิญกับความรู้สึกเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งในตำแหน่งอื่นๆ ซึ่งคำว่า "มะเร็ง" นั้น มักเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวด เศร้าโศก ภาวะต้องพึ่งพา เผชิญกับการปฏิเสธจากครอบครัวและเพื่อนๆ การสูญเสียเสน่ห์ทางเพศ สูญเสียอำนาจ และสูญเสียชีวิต (Krumm 1982: 729) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกจึงต้องมีการปรับตัวในด้านอื่นๆ อีกด้วย ทำให้เกิดความเศร้าโศกจากการสูญเสียเต้านม ขี้มเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ รู้สึกเซื่องซึม ไร้ค่า และอาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายในบางครั้ง (Graydon 1982: 46-47; Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 434; Maguire et al. 1978: 964; Renneker & Cutler 1952: 834)

เมื่อมีปัญหาและความจำเป็นในการปรับตัวหลายๆ ด้านดังกล่าว ประกอบกับผู้ป่วยโรค มะเร็งเต้านมในปัจจุบันมีชีวิตยาวนานมากขึ้น พยาบาลจึงควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านการมีชีวิตอยู่ และสามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ เรื่องเพศนั้นเป็นเรื่องหนึ่งของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Ayres & Nishimoto 1981: 58) และเป็นเรื่องที่ยอมรับกันมานานมากกว่า 20 ปีว่าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลทางด้านสุขภาพ (Smith 1989: 10) ซึ่งมักจะถูกมองข้าม วางเฉย หรือหลีกเลี่ยงที่จะพูดกัน (Ayres & Nishimoto 1981: 58; William et al. 1986: 39)

ปัจจุบันการพยาบาลเน้นการให้การพยาบาลบุคคลทั้งคน (holistic) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมกัน (จินตนา ชูนิพันธุ์ 2528: 213; Miller 1984: 43) และจากความหมายของความสมบูรณ์ทางเพศ (sexual health) ขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization, 1975) สรุปได้ว่าเป็นการนำเอาทั้ง 3 ด้านดังกล่าวรวมไว้ด้วยกัน นอกจากนี้ยังรวมถึงความนึกคิด บุคลิกภาพ การติดต่อสื่อสารกัน และความรัก (Lamb & Woods 1981: 137) ดังนั้นการให้ความสนใจ เอาใจใส่กับปัญหาทางเพศที่อาจเกิดขึ้น จึงนับเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาล ในการดูแลและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพปกติเช่นเดียวกับการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยในด้านอื่นๆ และเป็นบทบาทของพยาบาลที่สามารถทำได้อย่างอิสระ (ระดับ ศรีกลีพันธุ์ 2529: 154) จากการศึกษาและประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า หัวข้อในเรื่องเพศไม่ได้นำมาพูดถึงมากนัก (Fedak 1981: 257; Frank 1981: 64) ซึ่งอาจเกิดจากเหตุผลที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Ayres & Nishimoto 1981: 58) รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณีของไทยยังถือว่าการกล่าวถึงเรื่องเพศอย่างเปิดเผยเป็นสิ่งที่ไม่สุภาพ (เอนก อาริพรค และสุวิทนา อาริพรค 2525: 18) แต่เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่ให้การดูแล ช่วยเหลือ และมีสัมพันธภาพทั้งกับผู้ป่วยและญาติอย่างใกล้ชิด ถ้าพยาบาลไม่สนใจสนใจสนทนาให้ความรู้ คำปรึกษาในเรื่องเพศ (sexual counseling) อาจจะไม่มีการให้ความรู้และคำปรึกษาในเรื่องดังกล่าว และดูเหมือนจะเป็นการหลีกเลี่ยงการพยาบาลทางด้านจิตใจที่สำคัญส่วนหนึ่งไป (Frank 1981: 64) โดยเฉพาะเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคมะเร็งนี้มีความหมายที่ซับซ้อนมากกว่าคนปกติ (Lamb & Woods 1981: 137) การมองข้ามหรือละเลยไม่ให้การช่วยเหลืออาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และสังคมอีกด้วย

จากการศึกษาของ นิภา อัสวเพิ่มพูลผล (2527: 84-85) พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรนั้น พยาบาลไม่ได้ประเมินปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ และไม่ได้แนะนำผู้ป่วยในหัวข้อที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ การไม่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย น่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และมีอัตรานอนหลับเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวในด้านอื่นๆ ร่วมด้วยอย่างมาก สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้นักวิจัยเริ่มทำการวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์พยาบาลแผนกศัลยกรรม จำนวน 15 ราย พยาบาลทุกคนเป็นผู้ที่เคยให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกในโรงพยาบาลของรัฐบาล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลรามธิบดี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และโรงพยาบาลราชวิถี พบว่ามีพยาบาลเพียง 5 ราย (ร้อยละ 33) ชักถามหรือให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในหัวข้อที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ 4 ราย (ร้อยละ 27) มีความคิดว่าผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกอาจมีปัญหาทางเพศได้ แต่ด้วยเหตุผลต่างๆ กันเช่น กลัวกระทบกระเทือนจิตใจ ไม่กล้าพูดเกี่ยวกับเรื่องเพศกับผู้ป่วย จึงไม่ได้พูดหรือชักถามผู้ป่วยในเรื่องดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตามพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีความเชื่อมั่นว่าถ้าผู้ป่วยสอบถามในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศก็สามารถตอบคำถามได้ จากการสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยทราบว่าพยาบาลเริ่มคำนึงถึงปัญหาทางเพศของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกอยู่บ้าง เพียงแต่ไม่กล้าเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ชักถามหรือให้ความช่วยเหลือ ซึ่งความกังวลใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ อาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาทางเพศหรือปัญหาในชีวิตสมรสได้ สำหรับปัญหาทางเพศบางปัญหานั้นสามารถแก้ไข หรือลดความกังวลใจลงได้จากการให้ข้อมูล ความรู้ การสนทนาแบบโต้ตอบกับคู่สมรส และการให้ความเชื่อมั่น (Krumm 1982: 736; Miller 1984: 46) ส่วนเฟเดค (Fedak 1981: 260-261) ให้ความเห็นว่า การให้ความรู้ (teaching) จะเป็นตัวประสานให้สามารถประเมินปัญหาทางเพศที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ รวมทั้งสามารถประเมินความซับซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษาทางด้านร่างกายและด้านที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และปฏิกิริยาของภาวะซึมเศร้าซึ่งขึ้นอยู่กับการรักษา ปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาทางเพศ รวมทั้งการสนับสนุนที่ผู้ป่วยนั้นได้รับ ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่าปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ หรือปัญหาทางเพศ มีความเกี่ยวโยงซึ่งกันและกันโดยไม้อาจหลีกเลี่ยงได้

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยนั้นในทางปฏิบัติ พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดอยู่แล้ว การให้ความรู้เพิ่มในหัวข้อเกี่ยวกับเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่สามารถกระทำได้ โดยการให้คำปรึกษาในเรื่องเพศ เป็นการสอนผู้ป่วยอีกชนิดหนึ่ง แต่พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว และมีบุคลิกภาพสงวนพอที่

จะสนับสนุนหรือรับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจและเห็นใจ (Frank 1981: 64) ความรู้ที่ให้กับผู้ป่วยนั้นมีวัตถุประสงค์ 2 อย่างคือ ให้ผู้ป่วยสามารถร่วมมือกับผู้ที่ให้การดูแลได้ และเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้ฝึกทักษะในการดูแลตนเองที่จำเป็น (Durbach, Goodall & Wilkinson 1987: 82) ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับทักษะ และความรู้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยการให้ความรู้ คำแนะนำ การจัดสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุน ซึ่งรวมเรียกว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Orem 1985: 156) การให้ทั้งความรู้และการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ จะช่วยให้การดูแลบุคคลทั้งคนเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และเป็นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดรวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมออก

ในต่างประเทศได้มีการทดลองให้ความรู้ และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกกันอยู่บ้าง แต่มักเป็นการทดลองของจิตแพทย์ หรือกระทำโดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกมาโดยเฉพาะ และบางครั้งก็ไม่ได้แสดงให้เห็นแบบแผนหรือวัดผลอย่างชัดเจน (Christensen 1983: 266-275; Maguire et al. 1980: 35-37; Schwartz 1977: 276-281; Tait et al. 1980: 19-21) บางการทดลองก็พบว่ามีส่วนช่วยฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจ และลดปัญหาทางเพศ หรือเพิ่มความพึงพอใจในเรื่องเพศได้ นอกจากนี้ยังมีการแนะนำวิถีการช่วยเหลือผู้ป่วยและคู่สมรสเอาไว้มากมาย (Ayres & Nishimoto 1981: 58-63; Rutherford 1988: 247-248; Schwarz-Appelbaum et al. 1984: 16-24; Smith 1989: 10-15)

ส่วนในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีผู้ใดสนใจศึกษาเกี่ยวกับ การปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก หรือสร้างแบบแผนการให้ความรู้และการสนับสนุนที่จะช่วยส่งเสริมการปรับตัวทางเพศรวมทั้งลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยดังกล่าวในรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ได้ และแม้แต่วิธีของความรู้ เรื่องเพศที่สามารถนำมาให้กับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกยังคงต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ มากมายอยู่ต่อไป ทำให้การให้ความรู้ในเรื่องเพศเป็นเรื่องยาก ปัญหาในเรื่องเพศของผู้ป่วยมักจะถูกมองข้าม พยายามไม่แตะต้องหรือกล่าวถึง (Zalar 1982: 353-354) ในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกถ้ามองอย่างผิวเผินแล้วผู้ป่วยก็น่าที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสได้ตามปกติ แต่เรื่องเพศของมนุษย์เป็นเรื่องที่ซับซ้อน (Lamb & Woods 1981: 137) การผ่าตัดเต้านมออกจึงมีผลกระทบทางด้านจิตใจ และอาจทำให้เกิดปัญหาทางเพศ หรือปัญหาครอบครัวได้อย่างคาดไม่ถึง

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลของการให้ความรู้และการสนับสนุน ตามรูปแบบที่ผู้เชี่ยวชาญหลายๆ ท่านได้แนะนำไว้ โดยนำมาปรับปรุงให้เป็นไปได้ตามสภาพแวดล้อม และขนบธรรมเนียมประเพณีตามความเป็นจริง เพื่อศึกษาว่าจะสามารถช่วยส่งเสริมการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมออก และจะช่วยให้การปรับตัวทางด้านจิตใจดีขึ้น โดยมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ยังศึกษาหาความสัมพันธ์ของการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัดเต้านมออกว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกทั้งในเรื่องทั่วไป และที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ พร้อมทั้งเป็นแนวทางการวิจัย ปรับปรุงการให้ความรู้และการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกได้มากขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อ

1. ศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่ผู้สมัครรับการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของการปรับตัวทางเพศทั้งรายด้านและโดยรวม ในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ระหว่างกลุ่มได้รับความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มได้รับความรู้และการสนับสนุนตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกระหว่างกลุ่มได้รับความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มได้รับความรู้และการสนับสนุนตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ในระยะเวลาที่ต่างกันคือ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวทางเพศกับภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวทางเพศทั้งรายด้านและโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์
2. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์
3. การปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหญิง ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งเต้านม เข้ารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเต้านมออกในโรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 ราย ในช่วงเดือนธันวาคม 2532 - เดือนมกราคม 2534

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลโดยการให้ความรู้ และการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยและคู่สมรสเพื่อให้การพยาบาลได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. ส่งเสริมให้พยาบาลเห็นความสำคัญ และให้ความสนใจช่วยเหลือผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกในเรื่องความกังวลเกี่ยวกับเรื่องเพศ หรือปัญหาทางเพศที่อาจเกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมออก
3. เป็นแนวทางการพยาบาลโดยการให้ความรู้ และการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ในตำแหน่งอื่นๆ ที่จำเป็นต้องผ่าตัด ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการปรับตัวทางเพศและการปรับตัวทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยลดปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาทางเพศ ปัญหาครอบครัว และสังคมที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด

4. ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน รวมทั้งการศึกษาวิจัยผู้ป่วยโรคมะเร็งตำแหน่งอื่นๆ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. คำตอบของผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามด้วยความเต็มใจ สามารถบอกการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยตามความเป็นจริงได้
2. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกโดยพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีลักษณะการให้การพยาบาลคล้ายคลึงกัน

นิยามตัวแปร

การให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน หมายถึง แบบแผนการให้ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา ความรู้เรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคและการรักษา โดยผู้วิจัยสร้างเป็นเอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก แจกให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองในวันก่อนผ่าตัด 1 วัน ผู้วิจัยกำหนดแผนการและดำเนินการให้ความรู้และการสนับสนุนในแต่ละวัน เฉพาะผู้ป่วยและคู่สมรสในกลุ่มทดลองจนครบ 4-7 วันหลังผ่าตัด

การให้ความรู้และการสนับสนุนตามปกติ หมายถึง การให้ความรู้และการสนับสนุนแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกและคู่สมรสตามปกติขณะเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพ

การปรับตัวทางเพศ หมายถึง การปรับตัวในเรื่องเพศของผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และภายหลังผ่าตัดเต้านมออก 10-12 สัปดาห์ ในเรื่องเกี่ยวกับความต้องการทางเพศ สัมพันธภาพ

ระดับการมีกิจกรรมทางเพศ การกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ เทคนิคการมีกิจกรรมทางเพศ การถึงจุดสุดยอด และความพึงพอใจ โดยวัดได้จากแบบสอบถามการปรับตัวทางเพศที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการปรับตัวทางเพศของวอเตอร์เฮาส์และเมตคาล์ฟ (Waterhouse & Metcalfe 1983) คะแนนมาก หมายถึง สามารถปรับตัวทางเพศได้มาก

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความรู้สึกเศร้าโศกอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และการต้องสูญเสียเป้าหมายจากการผ่าตัด โดยมีการแสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม วัดได้จากแบบวัดความรู้สึกซึมเศร้าของซุง (Zung 1965) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดย มาลัย แทนธานี (2527) คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้ และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน แก่คู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ผู้วิจัยได้รวบรวม วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้คือ ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง เต้านม ความสำคัญของเต้านมในเพศหญิง มโนทัศน์ของภาวะซึมเศร้า มโนทัศน์ของเรื่องเพศ และบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้และการสนับสนุน

ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งเต้านม

โรคมะเร็งเต้านมเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเพศหญิง คือ ประมาณร้อยละ 6 ของผู้หญิง ทั้งหมด และเมื่อเปรียบเทียบกับโรคมะเร็งชนิดอื่นๆของเพศหญิง พบโรคมะเร็งเต้านมในอัตรา 1 ใน 4 ของผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง (Rush 1984 : 530) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมมีจำนวนมากขึ้นในอัตราส่วนร้อยละ 1 ต่อปี (Hughes 1987 : 66) สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันพบโรคมะเร็งเต้านมบ่อยเป็นอันดับ 2 เช่นเดียวกับ เมื่อ 30 ปีก่อน แต่แตกต่างกันตรงปัจจุบันผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาส่วนใหญ่เป็นระยะเริ่มแรก (สมปอง รักษาสุข 2529 : 131)

สาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มักเนื่องจากคลำพบก้อนบริเวณเต้านมได้เอง และ แพทย์จะทำการตรวจสอบเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยซึ่งทำได้หลายวิธี (วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์ 2525 : 54-59; Giuliano 1985 : 258-259; Griffiths, Murray & Russo 1984: 171-173) ดังนี้คือ

1. การทำแมมโมกราฟี (Mammography) เป็นเอกซเรย์ที่สามารถแสดงก้อนกับแสง แสดงขอบเขตของก้อนเนื้อหรือบริเวณผิดปกติที่เกิดขึ้นแม้จะยังคลำไม่พบก้อน หรือก้อนเล็กกว่า 1 เซนติเมตร การตรวจด้วยวิธีนี้เชื่อถือได้ร้อยละ 85

2. การทำเทอร์โมกราฟี (Thermography) เป็นการสร้างภาพโดยใช้ระดับความร้อนของผิวหนัง ก้อนเนื้องอกโดยทั่วไปจะมีความร้อนสูงกว่าเนื้อปกติที่อยู่โดยรอบวิธีนี้แยกไม่ไ้ระหว่างเนื้องอกธรรมดากับก้อนมะเร็ง แต่ใช้สำหรับสนับสนุนการวินิจฉัยหรือบอกการทำนายโรคได้ เชื่อถือได้ร้อยละ 75

3. การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Biopsy) วิธีนี้มีแนวโน้มว่าจะมีผู้นิยมใช้มาก เพราะสามารถทำที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกโดยใช้ยาชาเฉพาะที่ได้ ระยะเวลาสั้นๆ เพียง 1-2 สัปดาห์ ระหว่างการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจและทราบผล กับการผ่าตัดเต้านมออก ไม่พบว่ามีผลเสียต่อการกลับเป็นโรครื้อ (recurrence) หรืออัตราการอยู่รอด (survival rate) (Rush 1984:537)

4. ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biological marker) ได้แก่ ซีอีเอ (CEA, Carcinoma embryonic antigen) เอชซีจี (HCG, Human chorionic gonadotrophin) เฟอริติน (Ferritin) อัลคาลาย ฟอสฟาเตส (Alkaline phosphatase) ฯลฯ พบว่าระดับของสารดังกล่าวจะสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มะเร็งแพร่กระจายไปส่วนอื่นๆ ของร่างกาย

5. การตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณตับหรือสมอง การตรวจด้วยสารเรดิโอนิวไคลด (Radionuclide scanning) เป็นต้น เพื่อค้นหาการแพร่กระจายของโรคมะเร็งในส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ในการตรวจวินิจฉัยและการรักษานั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อและเหตุผลของแพทย์แต่ละท่านที่จะเลือกใช้วิธีใดซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน (วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์ 2525 : 62-64) จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการศึกษาผู้ป่วยเฉพาะรายทั้งในโรงพยาบาลรามาธิบดี และในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าใช้วิธีการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ บ่อยกว่าการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจอย่างรวดเร็ว ที่เรียกว่าไฟรอสเซชัน เซคชั่น (Frozen section) ข้อดีของการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ คือ จะแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวินิจฉัย และขั้นตอนการรักษา รวมทั้งการตรวจสอบให้ผลที่แน่นอน ผู้ป่วยทราบการวินิจฉัย และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาได้ มีเวลาในการปรับตัว และขอความคิดเห็นจากบุคคลสำคัญของผู้ป่วยได้อีกด้วย (Giuliano 1985:258; Griffiths, Murray & Russo 1984: 173)

การแบ่งระยะของโรค

การแบ่งระยะของโรค (staging) เป็นการแสดงลักษณะสำคัญของการศึกษาเพื่อการวินิจฉัยเกี่ยวกับขอบเขตและความรุนแรงของโรค การแบ่งระยะของโรคทางคลินิก (clinic staging) จะสามารถช่วยแพทย์ในการวางแผนการรักษาได้ ซึ่งมีอยู่หลายระบบ (Giuliano 1985: 255; Griffiths, Murray & Russo 1984: 173-176; Tish Knobf 1984: 1112, 1114) แต่จากการประชุมร่วมกันของคณะแพทย์ที่เรียกว่า เอเจซีซี (AJCC, American joint committee on cancer) ร่วมกับ ยูไอซีซี (UICC, committee of the international union against cancer) สัมผัสกันให้ใช้ระบบที่เหมือนกันคือ ระบบทีเอ็นเอ็ม (TNM, T=tumor, N=node, M=distant spread) และมีผู้ปรับปรุงระบบนี้ให้สมบูรณ์มากขึ้นในแง่เรื่องเต้านมระยะเริ่มแรก (Beahrs 1984: 592-594)

โกร์เลียโน (Giuliano 1985: 255) สรุปการแบ่งระยะของโรคในระบบทีเอ็นเอ็มของกลุ่มเอเจซีซี ไว้พอสังเขปดังนี้

ระยะที่ 1 (stage 1) ขนาดของก้อนมะเร็งมีเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 1 เซนติเมตร ถ้าคลำพบต่อมน้ำเหลือง จะต้องตรวจไม่พบการแพร่กระจายโรคไปสู่ต่อมน้ำเหลืองนั้น หรือแพร่กระจายไปสู่อวัยวะที่อยู่ไกลกว่า (distant metastases) อัตราการอยู่รอดตามธรรมชาติช่วง 5 ปี ร้อยละ 85

ระยะที่ 2 (stage 2) ขนาดของก้อนมะเร็งมีเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยกว่า 5 เซนติเมตร ต่อมน้ำเหลืองได้รักรับถ้าคลำพบจะไม่ยึดติดอยู่กับที่ ไม่พบการแพร่กระจายไปอวัยวะที่อยู่ไกล อัตราการอยู่รอดตามธรรมชาติช่วง 5 ปี ร้อยละ 66

ระยะที่ 3 (stage 3) ขนาดของก้อนมะเร็งมีเส้นผ่าศูนย์กลางมากกว่า 5 เซนติเมตร หรือก้อนทุกขนาดที่มีการสอดแทรกของมะเร็งเข้าสู่ผิวหนังหรือผนังหน้าอก (invasion) คลำพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า (supraclavicular) ไม่พบการแพร่กระจายไปอวัยวะที่อยู่ไกล อัตราการอยู่รอดตามธรรมชาติช่วง 5 ปี ร้อยละ 41

ระยะที่ 4 (stage 4) มีการแพร่กระจายโรคไปยังอวัยวะที่อยู่ไกล อัตราการอยู่รอดตามธรรมชาติช่วง 5 ปี ร้อยละ 10

โรคมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 มีอัตราการอยู่รอดตามธรรมชาติช่วง

5 ปี นานกว่าระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ค่อนข้างมาก การรักษาผู้ป่วยใน 2 ระยะแรกดังกล่าวนี้ จะถูกจัดอยู่ในประเภทที่รักษาเพื่อการบำบัด (curative treatment) ส่วนระยะที่ 3 และที่ 4 จัดอยู่ในประเภทรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (palliative treatment) (Giuliano 1985:260)

การรักษาโรคมะเร็งเต้านม

การศึกษาค้นคว้าสนใจศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 และ 2 เนื่องจาก การรักษาค่อนข้างได้ผลดี มีชีวิตภายหลังการรักษายาวนานกว่า การส่งเสริมคุณภาพชีวิตภายหลัง การรักษาจึงจำเป็นอย่างมาก สำหรับการรักษามะเร็งเต้านมในระยะที่ 1 และ 2 พอสรุปได้ดังนี้ (วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์, 2525: 66-70; Giuliano 1985: 260-262; Griffiths, Murray & Russo 1984:173, 175-179; National Institutes of Health 1986: 26; Vorachai Ratanatharathorn 1987: 50) คือ

1. การผ่าตัด (surgery)
2. การรักษาเสริมด้วยเคมีบำบัด (adjuvant chemotherapy)
3. การรักษาเสริมด้วยรังสีบำบัด (adjuvant radiation therapy)
4. การรักษาเสริมด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy)

สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดนั้นหลายวิธีได้แก่

1. การผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง (radical mastectomy) ตัดเต้านมออกทั้งหมด รวมทั้งกล้ามเนื้อหน้าอกทั้ง 2 มัด คือ เมเจอร์ และไมเนอร์ เพคโธราลิส (major and minor pectoralis muscle) รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้รักแร้ด้วย การผ่าตัดวิธีนี้ จะมีผลทำให้บริเวณใต้กระดูกไหปลาร้า และบริเวณรักแร้มีส่วนบวมมาก มักพบว่ามีอาการแขนบวม (lymphedema) ได้บ่อย กล้ามเนื้อแขนอ่อนแรง เคลื่อนไหวแขนได้อย่างจำกัด

2. การผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง แบบถอนรากถอนโคน (extended radical mastectomy) การผ่าตัดเหมือนวิธีที่ 1 แต่เอาต่อมน้ำเหลืองบริเวณใต้กระดูกซี่โครง ส่วนที่ติดกับกระดูกกลางหน้าอก (sternum) และบริเวณเหนือไหปลาร้าออกด้วย วิธีนี้ปัจจุบันไม่นิยมทำกัน

3. การผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง ชนิดดัดแปลง (modified radical mastectomy) ตัดเต้านมออกทั้งหมด อาจตัดเพคโตราลิส ไมเนอร์ ออกด้วย ตัดต่อมน้ำเหลืองออกทั้งหมด วิธีนี้รูปร่างของหน้าอกไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แขนเคลื่อนไหวได้เร็วและดีกว่าวิธีที่ 1 รวมทั้งอัตราการรอดชีวิตเทียบกับวิธีที่ 1 แล้ว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (Rush 1984: 541)

4. การผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดเพียงอย่างเดียว (simple mastectomy, total mastectomy) เป็นการผ่าตัดเอาเฉพาะเต้านมออกเท่านั้น นิยมทำกันน้อยมักทำในกลุ่มที่แพทย์เห็นว่ายังผ่าตัดมากผลยังหายช้า

5. การผ่าตัดเต้านมออกเป็นบางส่วน หรือการผ่าตัดเอาเฉพาะก้อนออก (partial mastectomy or lumpectomy) เอาเฉพาะก้อนและเนื้อของเต้านมรอบๆ ก้อนติดออกมาด้วย วิธีนี้นิยมทำในมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ร่วมกับการรักษาเสริมด้วยรังสีบำบัด มีผู้ศึกษาเปรียบเทียบวิธีนี้กับวิธีที่ 1 พบว่าอัตราการอยู่รอดช่วง 5 ปี ไม่แตกต่างกัน แต่ในช่วง 15 ปี พบว่าวิธีที่ 1 มีอัตราการอยู่รอดมากกว่า (สมปอง รักษาสุข 2529: 132)

ริสซ์ (Rush 1984: 541) ทำการรวบรวมพบว่าร้อยละ 80 ถึง 85 ของผู้ป่วยระยะที่ 1 และ 2 ใช้วิธีการผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง ชนิดดัดแปลง ส่วนในประเทศไทย สมปอง รักษาสุข (2529: 134) กล่าวว่า การรักษามักติดตามผลดีของการรักษาในต่างประเทศ รวมทั้งให้ความเห็นว่าการเลือกวิธีรักษาควรใช้วิธีที่เหมาะสมกับความเป็นอยู่ เศรษฐฐานะของผู้ป่วย และการบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งมีความแตกต่างจากของต่างประเทศ การผ่าตัดเต้านมออกชนิดที่เลาะเอาต่อมน้ำเหลืองออกไปด้วย คงต้องใช้เวลาต่อไปเพื่อช่วยในการทำนายโรค และเลือกวิธีการรักษาเสริม

จากการรวบรวมสถิติของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523-2531 (งานเวชสถิติ โรงพยาบาลรามาธิบดี 2530, 2531) พบว่าการทำผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง ชนิดดัดแปลง มีแนวโน้มสูงขึ้น ยกเว้นในบางปีเช่นปี 2526 และ 2527 การทำผ่าตัดชนิดนี้มีจำนวนลดลงทั้งๆ ที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี (แผนงานเวชสถิติ โรงพยาบาลรามาธิบดี 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532) ซึ่งอาจเนื่องจากระยะโรคของผู้ป่วยที่มาบริการแตกต่างจากปีอื่นๆ ก็อาจเป็นไปได้ เพราะสถิติดังกล่าวไม่ได้รวบรวมเฉพาะผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมครั้งแรก และเข้ารับการรักษาเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามในปี 2530 มีผู้ทำผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิงชนิด

ดัดแปลง คิดเป็นร้อยละ 52 มากกว่าปี 2529 ที่ทำผ่าตัดด้วยวิธีเดียวกันเพียงร้อยละ 37 ซึ่งอาจเนื่องจากมีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะเริ่มแรกมากขึ้น (สมปอง รักษาสุข 2529: 131)

สำหรับอัตราการรอดชีวิตของการผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง ชนิดดัดแปลงนั้นผู้ทำการศึกษา พบว่าอัตราการรอดชีวิตช่วง 5 ปี ในระยะที่ 1 ร้อยละ 95 และระยะที่ 2 ร้อยละ 80 (Rush 1984: 546) ส่วนคินน์ (Kinne 1984: 688) ได้รวบรวมการศึกษาติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีดังกล่าว ในก่อนมะเร็งที่มีขนาดน้อยกว่า 1 เซนติเมตร ทั้งที่ลุกลามเข้าสู่ผิวหนังหรือไม่ก็ตาม (invasive or noninvasive carcinoma) มีอัตราการรอดชีวิตในช่วง 10 ปี ร้อยละ 95 และถ้าเป็นมะเร็งชนิดมีการแพร่กระจายเข้าสู่ร่างกาย (small infiltrating cancer) จะมีอัตราการรอดชีวิตในช่วง 10 ปี ร้อยละ 86

จากการที่พบว่าอัตราการรอดชีวิตมีจำนวนค่อนข้างมาก ภายหลังได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิงชนิดดัดแปลง แสดงให้เห็นว่าเป็นการรักษาที่ให้ผลดีวิธีหนึ่งและให้ผลดีพอๆ กับการผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง (Rush 1984: 548) ปัจจุบันเริ่มมีผู้สนใจทำผ่าตัดเฉพาะเอาก้อนที่เต้านมออกเท่านั้น (lumpectomy or partial mastectomy) ร่วมกับรักษาเสริมด้วยรังสีบำบัด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการกลับเป็นซ้ำ และการอยู่รอดในระยะ 8-15 ปี พบว่ากลุ่มผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง และกลุ่มผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง ชนิดดัดแปลง มีอัตราการกลับเป็นซ้ำต่ำ และจำนวนผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดในช่วงเวลาดังกล่าวมากกว่ากลุ่มที่ผ่าตัดเฉพาะเอาก้อนที่เต้านมออก (สมปอง รักษาสุข 2529: 132-133) การรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง ชนิดดัดแปลง จึงยังใช้เป็นมาตรฐานในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่มีหวังรักษาให้หายได้ และอาจต้องร่วมกับการรักษาอื่นๆ (Giuliano 1985: 261; Kinne 1984: 685) เพื่อให้การรักษาได้ผลดีที่สุด

การรักษาเสริมจากการผ่าตัด

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งเป็นที่ยอมรับและยอมรับกันแล้วว่า การรักษาแบบผสมผสาน (multidisciplinary approaches) ได้ผลดีที่สุด (อาคม เขียวศิลป์ 2531 ข:15-16) จากการรวบรวมของ ทิชส์ นอบฟ์ (Tish Knobf 1984: 1113) ถึงประโยชน์และผลข้างเคียงของการใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 1 และ 2 พบว่าได้มีการพิสูจน์แล้วว่าประสิทธิภาพ

ในการลดการกลับเป็นซ้ำเฉพาะบริเวณที่เป็นโรค (local recurrence) แต่ไม่มีผลต่อระยะเวลาของการอยู่รอด

ส่วนการรักษาเสริมโดยวิธีเคมีบำบัด เป็นวิธีที่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยที่ตรวจพบผลบวกของต่อมน้ำเหลืองได้รั้งแล้ว โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยก่อนหมดประจำเดือน สามารถเพิ่มช่วงชีวิตของการปลอดโรค (disease free survival) และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่ได้ผลดีมากนักในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือน ส่วนการรักษาเสริมโดยใช้ฮอร์โมนไม่ว่าจะเป็นฮอร์โมนอย่างเดี่ยว หรือร่วมกับการใช้เคมีบำบัดกลับตรงกันข้ามคือ ไม่แสดงการเพิ่มช่วงชีวิตของผู้ป่วยที่ตรวจพบผลบวกของต่อมน้ำเหลืองได้รั้งแล้ว หนึ่งยังมีประจำเดือน แต่ในพวกที่หมดประจำเดือนแล้วและในชั้นเนื้อตรวจพบว่ามีตัวรับฮอร์โมน (hormone receptor) หลายการศึกษาพบว่าสามารถเพิ่มช่วงชีวิตของการปลอดโรค ได้อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (National Institutes of Health 1986: 27-28; Tish Knobf 1984: 1113) แต่อย่างไรก็ตามในการรักษาเสริมแต่ละชนิดยังคงมีการถกเถียงถึงความเหมาะสมในเรื่องของระยะเวลาของการให้การรักษา จำนวนครั้งของการให้ทั้งเคมีบำบัด รังสีบำบัด ฮอร์โมนบำบัดและการผสมผสานของการรักษาเสริมแต่ละอย่างในผู้ป่วยที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน ก็ยังคงมีการศึกษากันไป เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด (Giuliano 1985: 262; National Institutes of Health 1986: 28-29)

ความสำคัญของเต้านมในเพศหญิง

ผู้หญิงจำนวนมากถือว่า เต้านม เป็นสัญลักษณ์ของเพศหญิง เป็นอวัยวะที่แสดงลักษณะเพศ (gender identity) ที่สำคัญ รวมทั้งมีความสำคัญเกี่ยวกับบทบาททางเพศอีกด้วย (Osborne 1982: 403) การพัฒนาการของเต้านมมีบทบาทที่สำคัญมากพอๆ กับการพัฒนาวุฒิภาวะ (maturation) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้หญิง ในวัยเด็ก เด็กหญิงจะมีปฏิกริยาต่อการเจริญเติบโตของเต้านมแตกต่างกัน บางคนอาจภาคภูมิใจต่อลักษณะของเต้านมที่ปรากฏและอาจพยายามให้เห็นสัดส่วนของเต้านม หรือบางคนอาจมีความเชื่อมั่นในตนเองลดลงเนื่องจากรู้สึกว่เต้านมของตนเองเล็ก หรือยังไม่มีการพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีปฏิสัมพันธ์ (interact) กับการให้คุณค่าของเต้านมเพศหญิงในวัฒนธรรมนั้นร่วมกับปัจจัยทางด้านจิตใจ ซึ่งเกี่ยวข้องกับหน้าที่ของเต้านมเมื่อหญิงนั้นโตเต็มที่แล้ว และเป็นการปรับตัวในหลายๆ ด้าน

ของผู้หญิงแต่ละคนโดยเฉพาะ ด้านของผู้หญิงจึงเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่สำคัญนอกเหนือไปจากการผลิตน้ำนม ดังนั้นความหมายของเต้านมของผู้หญิงแต่ละคนนั้น จะต้องพิจารณาปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยร่วมกันระหว่างวัฒนธรรม ร่างกายและจิตใจ (Bard & Sutherland 1955: 656-657)

เรนเนเคอร์และคัตเลอร์ (Renneker & Cutler 1952: 834) กล่าวถึงความหมายของเต้านมทางด้านจิตใจว่ามี 2 ความหมายคือ

1. เต้านมเป็นสัญลักษณ์ทางเพศที่สำคัญ ที่แสดงให้เห็นในทางบวก (positive evidence) ของผู้หญิง เพราะอวัยวะในส่วนอื่นถูกปกปิดไว้ภายใน สำหรับทางด้านจิตใจแล้ว การสูญเสียเต้านมจึงมีค่าเท่ากับการสูญเสียอวัยวะเพศของผู้ชาย (loss of penis)
2. เต้านมทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งเป็นสัญลักษณ์อีกอย่างหนึ่งของเพศหญิงเช่นเดียวกันคือ บทบาทของการเป็นมารดา

นอกจากเต้านมจะมีบทบาทในการเป็นสัญลักษณ์ของเพศหญิงแล้ว ยังมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศอีกด้วย เช่น ขนาดและรูปร่างของเต้านมใช้เป็นคุณสมบัติอันน่าพึงปรารถนาในบางชุมชน และการกระตุ้นบริเวณเต้านมก็เป็นส่วนหนึ่งหรือรูปแบบหนึ่งของการมีเพศสัมพันธ์ (Woods 1984: 16) ความเป็นจริงแล้วเต้านมของเพศหญิงยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระไปตามการตื่นตัวทางเพศอีกด้วย (sexual excitement) (Woods 1975: 148; 5-10)

เมื่อทราบถึงความสำคัญของเต้านม ว่ามีความสำคัญเพียงใดต่อหญิงผู้เป็นเจ้าของแล้ว จึงเป็นการยากที่จะคาดได้ว่า หญิงที่ต้องสูญเสียเต้านมไปนั้น จะต้องเผชิญกับความวิตกกังวลมากเพียงใด และการประมาณค่าของการสูญเสียนั้นเกี่ยวข้องกับวิธีการที่หญิงนั้นพิจารณาคุณค่าของตนเอง (self-worth) และความสามารถในการยอมรับลักษณะรูปร่างที่ปรากฏได้มากนักน้อยเพียงใด ถ้าสนใจเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของตนเองน้อย ความรู้สึกที่กำลังถูกคุกคาม (threatening) จะน้อยกว่า หญิงที่วางความเชื่อมั่นของตนเองไว้กับการตอบสนองของบุคคลอื่น ต่อร่างกายของตนเอง (Woods 1975: 145-148) นอกจากนี้การผ่าตัดเต้านมออก อาจทำให้ผู้ป่วยต้องประเมินอัตมโนทัศน์ (self concept) ของตนเองใหม่ (Lamb & Woods 1981: 137-144) ผู้ป่วยหลายคนถูกผลักดันให้ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิต (life style) บทบาทการปฏิบัติหน้าที่ และมีหลายการศึกษาพบว่าภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง (Wood & Tombrink 1983: 45-46; Polivy 1977: 77-87)

สำหรับภาพลักษณ์ตัวเองมีความหมายว่า เป็นภาพของบุคคลภายในจิตใจของตนเอง เป็นการผสมผสานระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (self-perception) ความมีคุณค่าของตนเอง ดังนั้นภาพลักษณ์จึงเป็นมากกว่าทัศนคติ และความรู้สึกของบุคคลนั้นต่อตนเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของบุคคล (Luckmann & Sorensen 1986: 112-113) ได้แก่

1. ความสามารถใช้วิธีการปรับตัวของบุคคลนั้น (person's coping ability)
2. ปฏิกริยาที่แสดงออกของบุคคลสำคัญต่อบุคคลนั้น (reactions of significant person)
3. ขั้วธรรมชาติและ ความหมายของสิ่งที่คุกคาม (nature and meaning of the threat)
4. ขนาดของการเปลี่ยนแปลง (rate, extend and degree of the change)

จากปัจจัยดังกล่าวจึงทำให้ภาพลักษณ์มีความแตกต่างไปจากทัศนคติ หรือความรู้สึกต่อตนเองของบุคคลนั้น และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีการคุกคามต่ออวัยวะที่เป็นสัญลักษณ์ทางด้านจิตใจและใน เรื่องเพศของผู้หญิงโดยการผ่าตัดเต้านมออก จึงกระทบกระเทือนต่อภาพลักษณ์ของผู้หญิงนั้น ซึ่งจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยดังกล่าวแล้วข้างต้น บางท่านกล่าวว่า ปฏิกริยาทางด้านจิตใจขั้นแรกเมื่อทราบว่า เป็นโรคมะเร็งเต้านม มักไม่ใช่ความกลัวการเป็นโรคมะเร็ง หรือความตาย แต่เป็นความรู้สึกตกใจที่บทบาทของความ เป็นเพศหญิงกำลังอยู่ระหว่างอันตรายมากกว่า (Renneker & Cutler 1952: 834)

โพลีวี่ (Polivy 1977: 77-87) รายงานถึงการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก 12 ราย ในระยะเวลาที่แตกต่างกันเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ตัดชิ้นเนื้อจากเต้านมส่งตรวจ และกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดชนิดอื่นที่ไม่ใช่ผ่าตัดเต้านมและไม่ใช่โรคมะเร็ง พบว่าระยะ 6-10 เดือน ผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดเต้านมออกมีคะแนนการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทางลบมากขึ้น และแตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก พบว่าคะแนนของภาพลักษณ์ในระยะ 4-6 วัน และ 6-10 เดือนหลังผ่าตัด มีคะแนนภาพลักษณ์ในทางลบมากกว่า และแตกต่างจากก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ยุกาจิน คีร์-โพธิ่งาม (2527: 72) ได้ศึกษาติดตามความรู้สึกของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองพบว่า หลังผ่าตัด 7-10 วัน และ 3 เดือน ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์

ของตนเองในด้านลบมากกว่าในระยะก่อนผ่าตัด ความแตกต่างที่พบใน 2 การศึกษานี้คือ ระยะเวลาของอาการลักษณะที่เปลี่ยนแปลงในด้านลบสูงสุดแตกต่างกัน ชูพาณิชย์พบว่าคะแนนภาพลักษณ์ทางด้านลบสูงสุดในช่วง 7-10 วัน ในขณะที่โพไลวีพบว่าคะแนนสูงสุดช่วง 6-10 เดือน ซึ่งโพไลวีให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกมักใช้การปรับตัวในรูปแบบของการปฏิเสธ (denial) ในช่วงหลังผ่าตัดระยะแรก เมื่อเวลานานขึ้นและการปรับตัวในรูปแบบของการปฏิเสธค่อยๆ ลดลง มีผลทำให้พบกับสิ่งที่มีความจริงมากขึ้น จึงทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (Polivy 1977: 86) ส่วนชูพาณิชย์อธิบายว่า การที่ผู้ป่วยมีอาการลักษณะในด้านลบตั้งแต่หลังผ่าตัดในระยะแรก 7-10 วัน เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกถึงความสูญเสียและรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองลดลง (ชูพาณิชย์ โธมัส 2527: 74-76) ถึงแม้จะมีความเห็นต่างกันบ้าง แต่จากการศึกษาดังกล่าวพอสรุปได้ว่าภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทางด้านลบมากกว่าในระยะก่อนผ่าตัดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทางด้านลบมากกว่าการผ่าตัดชนิดอื่นในช่วงหลังผ่าตัดระยะยาวด้วย

การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ทำให้เกิดปฏิกิริยาที่พบได้ตามปกติได้แก่ ความเศร้าโศก (grief) การกลัวถูกปฏิเสธ ไม่ยอมรับ โกรธ และอาจมีความรู้สึกบางอย่างบริเวณอวัยวะที่สูญเสียไป (phantom sensation) มีปฏิกิริยาที่ค่อนข้างผิดปกติ (less healthy) ได้แก่ การปรับตัวในรูปแบบของการปฏิเสธเป็นเวลานาน (prolong denial) มีความรู้สึกซึมเศร้าเป็นระยะเวลานาน และเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว (failure to adjust) นอกจากนี้ อาจเกิดความรู้สึกกละอาใจ เหม่ออา ซึ่งปฏิกิริยาเฉพาะของการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ โดยเฉพาะถ้าการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ เป็นสาเหตุทำให้เกิดความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน (Luckmann & Sorensen 1986: 113) ดังนั้นจึงพอสรุปได้ว่าการผ่าตัดเต้านมออกสามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์เกิดขึ้น และมักเปลี่ยนไปทางด้านลบมากกว่า ส่วนปฏิกิริยาที่พบจะมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับหญิงผู้เป็นเจ้าของจะให้ความสำคัญกับเต้านมเพียงใด และมีความรู้สึกว่าคุณค่าหรือกระทบต่อภาพลักษณ์ของตนเองขนาดไหน รวมทั้งสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้มากน้อยเพียงใดอีกด้วย

การปรับตัวต่อการสูญเสียและการเป็นโรคมะเร็ง

นอกจากการผ่าตัดเต้านมออก จะทำให้นุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์แล้ว การสูญเสีย (loss) และการเป็นโรคมะเร็ง ก็เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและปรับตัวแทนเดียวกัน

การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งมีความเกี่ยวข้องกับความกลัวตาย ความพิการไม่มโน และการเป็นโรคเรื้อรัง (Burkhalter 1978: 258) จากการรวบรวมพบว่าขั้นตอนการปรับตัวต่อความเศร้าโศก (grief work) จากการสูญเสียมีลักษณะใกล้เคียงกับการปรับตัวต่อโรคมะเร็งของเนลสัน (Nelson 1967) ซึ่งแบ่งไว้ 7 ระยะ (ระดับ ศรีภักดิ์ 2529:10-13; สันต์ หัตถิรัตน์ 2528: 402-403; Speck 1978: 10-13) ได้แก่

1. ระยะตกใจ เป็นระยะที่เพิ่งทราบข่าวร้าย มีปฏิกิริยาตั้งแต่มึนงง เจ็บ กรีดร้อง หรือหมดสติ อาจเป็นเพียงครู่เดียวหรือยืดเยื้อไปหลายวัน
2. ระยะปฏิเสธ มักเกิดตามหลังระยะตกใจ อาจเกิดขึ้นก่อนหรือเกิดพร้อมกันก็ได้ การปฏิเสธแสดงได้หลายรูปแบบอาจไม่กล่าวอะไร หรือหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึง เป็นระยะที่ผู้ป่วยป้องกันตนเองจากความวิตกกังวล
3. ระยะก้าวร้าว เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับข่าวร้ายว่าเป็นจริง เกิดความเสียใจ และโกรธในโชคชะตา จะแสดงอารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว เพื่อระบายอารมณ์โกรธ
4. ระยะต่อรอง มักเป็นช่วงสั้นๆ เกิดเมื่อผู้ป่วยยอมรับแล้วว่า ตนเองเป็นโรคมะเร็ง หรืออาจเกิดขณะยังปฏิเสธอยู่ก็ได้ อาจใช้กลไกทางจิตลดความกลัวหรือความวิตกกังวล มีความหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ เช่น หวังว่าตนเองไม่ได้เป็นโรคมะเร็ง
5. ระยะซึมเศร้า เป็นระยะที่ปฏิเสธต่อไปไม่ได้อีกแล้ว เกิดการสูญเสียต่างๆ ที่เกิดจากการรักษา รู้สึกซึมเศร้ากับสภาพความเป็นจริงที่ปรากฏ
6. ระยะของการยอมรับ ผู้ป่วยสามารถพูดถึงโรคได้อย่างจริงจัง สามารถวางแผนการดำเนินชีวิต การฟื้นฟูสภาพ การใช้ยาระงับปวด โดยไม่ทุกข์ร้อนหรือเศร้าโศก
7. ระยะรอดความหวัง ผู้ป่วยหวังว่าจะกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ อาจหวังที่จะใช้ชีวิตช่วงที่เหลือให้มีความสุข จนถึงหวังว่าจะได้ตายอย่างสงบสุข

ในระยะของการปรับตัวดังกล่าวนี้ เห็นได้ว่าระยะซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวที่พบได้ตามปกติ แต่จะมากหรือน้อยและใช้ระยะเวลายาวนานเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ อย่าง สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นก็มีหลายท่านทำการศึกษาพบว่า เกิดภาวะซึมเศร้าได้ประมาณร้อยละ 50-78 (Freidenbergs et al. 1980: 111)

การเป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออก ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวกับหลายสิ่งหลายอย่าง ทั้งการสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ รวมทั้งการเป็น

โรคมะเร็งไปพร้อมๆ กัน ซึ่งการผ่าตัดเต้านมออกไม่ได้เป็นการรับประกันว่าโรคได้รับการรักษาให้หาย (Ray 1977: 373) ในการศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกของ เรนเนเคอร์และคัตเลอร์ (Renneker & Cutler 1952: 834) พบว่าภาวะซึมเศร้าภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษา โดยแสดงอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ มีทัศนคติในแง่ลบ (depressive attitudes) มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นบางครั้ง รู้สึกเหนื่อยและไร้ค่า ลักษณะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเขาอธิบายว่าเหมือนการอาศัยเต้านมที่สูญเสียไป ซึ่งเทียบเท่ากับการสูญเสียอวัยวะเพศของชาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับความนึกคิดของคู่สมรสของตนต่อแผลผ่าตัด รวมทั้งรู้สึกว่าความเป็นเพศหญิงของตนถูกทำลายไปเช่นเดียวกับการศึกษาของ บาร์ด และซูทเธอร์แลนด์ (Bard & Sutherland 1955: 656-672) ที่ทำการศึกษานักเรียนอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ก่อน และหลังผ่าตัดเต้านมออกอย่างเป็นระบบจนถึงการส่งต่อผู้ป่วยมาขอรับคำปรึกษาในคลินิกจิตเวชพบว่า ผู้ป่วยในระยะพักฟื้นมีอาการของภาวะซึมเศร้าได้บ่อย และบางคนคิดว่าการสูญเสียเต้านมเป็นการถูกล่วงโทษ เขากล่าวถึงด้านจิตใจของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกว่าประกอบด้วย 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ระยะคาดการณ์ (anticipatory phase) คาดล่วงหน้าว่าจะมีการบาดเจ็บบริเวณร่างกาย การคาดการณ์ดังกล่าวเกี่ยวข้องกับปรับตัวได้สำเร็จในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 ระยะผ่าตัด (operative phase) สิ่งที่คาดการณ์ไว้เกิดขึ้นจริง

ระยะที่ 3 ระยะปรับปรุงแก้ไข (reparative phase) เป็นระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยพยายามที่จะปรับตัวให้ได้เช่นเดียวกับครั้งที่ผ่านมา โดยใช้หลายๆ เทคนิค

ในแต่ละระยะดังกล่าว เป็นลำดับเหตุการณ์และปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเป็นขบวนการคงที่ในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ บาร์ดและซูทเธอร์แลนด์ ยังกล่าวถึงแหล่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นในผู้ป่วย ได้แก่ ความกลัวโรคมะเร็ง กลัวความตาย กลัวถูกปฏิเสธจากผู้อื่น รวมทั้งกังวลว่าการผ่าตัดจะคุกคามหรือกระทบกระเทือนต่อความสัมพันธ์ทางเพศ กลัวคู่สมรสรังเกียจ หรือไม่มีความรู้สึกทางเพศ (sexual feeling) ถ้าหากเต้านมมีความสำคัญต่อการมีกิจกรรมทางเพศของหญิงนั้น

สำหรับความกลัวและกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกนั้น มีผู้สรุปไว้ดังนี้คือ (Burkhalter 1978: 261)

1. ลักษณะของเพศหญิง (feminine) ถูกทำลายไป
2. ความสามารถในการตอบสนองในเรื่องเพศลดลง
3. ความสุขของการใกล้ชิดระหว่างคนรัก (sexual intimacy) เกิดความเศร้าหมองขึ้นได้เนื่องจากความเจ็บปวด หรือไม่สุขสบายบริเวณที่ทำผ่าตัด
4. การกระตุ้นอารมณ์เพศที่ไม่เพียงพอเนื่องจากขาดเต้านมไป
5. การเปิดเผยบาดแผลอาจทำให้คู่สมรสขาดความต้องการทางเพศ หรือเกิดความรู้สึกรังเกียจได้

ความกลัวหรือความกังวลดังกล่าว สามารถก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจได้เช่นเดียวกับปัญหาทางเพศ โดยเฉพาะกรณีที่เต้านมถูกใช้ในการกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ส่วนทางด้านจิตใจนั้น บางท่านกล่าวว่าหลังจากการปฏิบัติที่จะรับรู้ความเป็นจริง เพื่อใช้เป็นການป้องกันตนเอง (defensive maneuver) ในทันทีที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเต้านมถูกนำออกไปแล้วมักจะเกิดภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นอาจจะมีผลกระทบของความรู้สึกละอาย ไม่พอใจ และรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง (self depreciation) (Bard & Sutherland 1955: 660-663) ทำให้เกิดภาพลักษณ์ของตนเองทางด้านลบ รวมทั้งให้ผลลบต่อความสัมพันธ์ทางเพศของหญิงนั้น (Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 434) ซึ่งการที่สิ่งแสดงลักษณะเพศขาดหายไป (sexual identity) ทำให้ความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยลดลง เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (สมภพ เรื่องตระกูล 2524: 118) ในการศึกษาภาพลักษณ์และภาวะซึมเศร้าในคนปกติ พบว่ากลุ่มที่มีคะแนนจัดอยู่ในเกณฑ์ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความขึ้นขมรูปร่าง และกริยาท่าทางของตนเองน้อยกว่ากลุ่มที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อย ในขณะที่เดียวกันกลุ่มที่มีคะแนนภาพลักษณ์ต่ำก็รายงานว่ามีความภาวะซึมเศร้ามากกว่า ดังนั้นการผ่าตัดเต้านมออกซึ่งมีผลต่อรูปร่างและการแสดงลักษณะทางเพศโดยตรง ย่อมมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัด

นอกจากนี้การศึกษาของ แมกไกร์และคนอื่นๆ (Maguire et al., 1978: 963-965) ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกกับกลุ่มที่มีก้อนบริเวณเต้านมที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง ศึกษาติดตามจนครบ 1 ปี พบว่ากลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกมีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง ทั้งในช่วงหลังผ่าตัด 4 เดือน และ 1 ปี โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 2 ช่วงเวลา ส่วนปัญหาเรื่องเพศช่วง 4 เดือนหลังผ่าตัดพบร้อยละ 18 และเพิ่มเป็นร้อยละ 38 ในช่วงหลังผ่าตัด 1 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมเวลา 1 ปีพบว่ามีปัญหาเรื่องเพศเพียงร้อยละ 3 แต่เมื่อสรุปโดยรวมแล้วกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกร้อยละ 39 มีความกระทบ-

กระเทือนด้านอารมณ์ และจิตใจ รวมทั้งมีปัญหาเรื่องเพศในระดับปานกลางถึงรุนแรง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมมีเพียงร้อยละ 12 ในเวลาเท่ากันคือ 1 ปีหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจตั้งแต่ช่วงก่อนผ่าตัด พบระดับความวิตกกังวล และการซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษานี้ควบคุมเฉพาะอายุและระยะเวลาให้สม่ำเสมอทั้ง 2 กลุ่มเท่านั้น ซึ่งระยะของโรค อาการแสดง และ/หรือ การรักษาเสริม อาจทำให้เกิดความแตกต่างขึ้นได้ และผู้ทำการศึกษามองเห็นว่าการศึกษาเสริมด้วยรังสี อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวด้วย นอกจากนี้ไม่พบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในเรื่องของความเครียดหรือปัญหาทางด้านจิตใจอื่นๆ พวกเขาจึงสรุปว่าปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกที่มีกบอบบ่อขไม่น่าจะนอกเหนือไปจากความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางเพศ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ มอร์ริส เกรียร์และไวท์ (Morris, Greer & White 1977: 2381-2387) ศึกษาติดตามผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก 69 คน เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคของเต้านมที่ไม่ใช่มะเร็ง 91 คน ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 3 เดือน 12 เดือน และ 24 เดือน โดยวัดระดับความซึมเศร้าด้วยแบบวัดของแฮมมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression) พบว่าในช่วง 2 ปีหลังผ่าตัด ภาวะซึมเศร้าของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนช่วงเวลาอื่นไม่พบความแตกต่างกันและพบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องการปรับตัวทางเพศ (sexual adjustment) อย่างมีนัยสำคัญ ($P < .01$) ในช่วง 3 เดือนหลังผ่าตัด โดยกลุ่มผ่าตัดเต้านมออกรายงานว่ามีการปรับตัวทางเพศเลวลงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ช่วง 12 เดือน และ 24 เดือน ไม่พบความแตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม นอกจากนี้มีข้อสังเกตว่ากลุ่มที่รายงานว่ามีการปรับตัวทางเพศเลวลงใน 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด จะกลับไม่มีระดับการปรับตัวทางเพศเหมือนช่วงก่อนผ่าตัดน้อยมาก การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาแรกคือ ไม่พบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างช่วงหลังผ่าตัดระยะแรก จนกระทั่งหลังผ่าตัดนาน 2 ปี แต่ในปัญหาเรื่องเพศหรือการปรับตัวทางเพศพบได้ในระยะเวลาที่ใกล้เคียงกันคือ 3-4 เดือนหลังผ่าตัด

เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบกับโรคและการรักษาที่แตกต่างกัน โดยศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกกับผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีออก (cholecystectomy) จำนวน 30 คู่ โดยควบคุมเกี่ยวกับอายุ และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดในช่วง 18 เดือนถึง 5 ปี พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกมีคะแนนความซึมเศร้า และวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มผ่าตัดถุงน้ำดีออกอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้ง

พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกมีความสนใจในตนเอง (introvert) สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย และเมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกเป็นสองกลุ่มคือ พวกที่กังวลเรื่องความสวยงาม (disfigurement) กับกลุ่มที่ไม่กังวลเรื่องความสวยงาม พบว่า พวกที่กังวลเรื่องความสวยงามและสนใจในตนเองมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่กังวลเรื่องความสวยงาม อย่างมีนัยสำคัญ (Ray 1977: 373-377) ซึ่งตรงกับทิวูดส์ (Woods 1975: 148) กล่าวว่า ผู้หญิงที่สนใจเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของตนเอง จะรู้สึกว้าตนเองถูกคุกคามอย่างมาก จากการผ่าตัดเต้านมออก จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกทั้งในระยะสั้นหรือในระยะยาว มีผลทำให้เกิดปัญหาทางเพศขึ้นได้

เมื่อทำการศึกษาดูตามเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก โดยทำการศึกษาผู้ป่วยจำนวน 41 ราย ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกเฉลี่ย 22 เดือน ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42 รายงานว่าช่วงที่ตรวจพบว่ามีก้อนบริเวณเต้านมเป็นช่วงที่มีอารมณ์และจิตใจอยู่ในภาวะไม่ดีที่สุด ส่วนช่วงหลังผ่าตัดขณะอยู่ในโรงพยาบาล และ 2-3 เดือนหลังผ่าตัดมีภาวะจิตใจไม่ดีขึ้นเท่าไร มีรายงานว่าความสนใจทางเพศและกิจกรรมทางเพศลดลงร้อยละ 2.7 รวมทั้งมีผลกระทบต่อความพึงพอใจในความสัมพันธ์ทางเพศ การร่วมเพศและการถึงจุดสุดยอดขณะร่วมเพศ (orgasm) (Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 432-436) เช่นเดียวกับการศึกษาของ กรอฟ (Graf 1977: 103-106) ทำการศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมออกช่วง 3 เดือนถึง 10 ปี พบว่าการเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวทางเพศในเรื่อง ความต้องการทางเพศ ความบ่อยของการร่วมเพศ และมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางเพศ (sexual activity) ที่เกี่ยวข้องกับเต้านมคือ ก่อนผ่าตัดรายงานว่ามีการสัมผัสเต้านมร้อยละ 46 แต่หลังผ่าตัดลดลงเหลือร้อยละ 33

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 3 ระยะด้วยกัน คือ มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกภายหลังผ่าตัดเต้านมออก 4 เดือน 50 คน ระยะที่พบว่าโรคกลับเป็นซ้ำ 52 และระยะสุดท้าย 44 คน พบว่าผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะรายงานว่าสิ่งที่รบกวนจิตใจมากที่สุดคือ บทบาทของคู่สมรสที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ เช่น ขาดความต้องการทางเพศ หรือความบ่อยของการร่วมเพศลดลง ที่รองลงมาคือ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (Silberfarb Maurer & Crouthamel 1980: 450-455) การศึกษาที่กระทำเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกก็พบเช่นเดียวกันว่า ภายหลังการผ่าตัดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจและทางเพศได้ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยระยะใดของโรคและได้รับการรักษามานานเพียงใดก็ตาม

อย่างไรก็ตามมีผู้ทำการศึกษาและได้ผลที่ขัดแย้งจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นบ้าง ได้แก่ การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก กับผู้ป่วยมะเร็งทางด้านนรีเวช (gynecologic cancer) ที่มีอายุ ระยะของโรค ช่วงเวลาภายหลังการผ่าตัด และวิธีการรักษาเสริมใกล้เคียงกัน รวมทั้งเปรียบเทียบกับผู้ป่วยหญิงที่มาตรวจคลินิกนรีเวช ซึ่งคาดว่าอาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับเรื่องเพศ ทำการศึกษากลุ่มละ 16 คนเท่ากันทั้ง 3 กลุ่ม พบว่าพฤติกรรมทางเพศ (sexual behavior) ของหญิงที่ไม่ได้เป็นโรคมะเร็งดีกว่ากลุ่มที่เป็นโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างเฉพาะกิจกรรมทางเพศบางอย่างเท่านั้น แต่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวชมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงกว่า 2 กลุ่มที่เหลือ (Anderson & Jochimsen 1985: 25-32) ส่วนการศึกษาของ วอร์ดเทน และ ไวส์แมน (Worden & Weisman 1977: 169-175) ไม่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมกับผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นมีความแตกต่างกัน เพียงแต่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกในช่วง 2-3 เดือนแรก มีความทุกข์โศก (distress) สูงกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เลวิน ซิลเบอร์ฟาบ และไลปาวสกี (Levine, Silberfarb & Lipowski 1978: 1385-1391) พบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถพบในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่มีภาวะซึมเศร้ามักรุนแรงมาก มีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ และเป็นโรคมะเร็งชนิดเดียวที่ถูกส่งตัวมาขอรับคำปรึกษาจากแผนกจิตเวชมากกว่าจำนวนที่คาดไว้ แต่ต่างจากการศึกษาของ วอร์ดเทน และไวส์แมน ตรงที่การศึกษาของ เลวิน ซิลเบอร์ฟาบ และไลปาวสกี ไม่ได้แสดงความแตกต่าง หรือควบคุมความรุนแรงของโรคมะเร็งในแต่ละชนิด ให้เห็นอย่างชัดเจน เพียงแต่สรุปว่าร้อยละ 58 ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปสู่ส่วนอื่นๆ จึงเป็นไปได้ที่ระยะหรือการแพร่กระจายของโรคของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมอาจมากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่นๆ

จากความแตกต่างของการศึกษาดังกล่าว จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่เกิดความคาดหวังว่าภาวะซึมเศร้าจะเกิดขึ้นเฉพาะในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมเท่านั้น นอกจากนี้การประเมินทั้งทางด้านจิตใจและในโรคเพศของผู้ป่วยนั้น มีผู้แนะนำว่าควรประเมินในด้านจิตสังคมอื่นๆด้วยเช่น ปัญหาเกี่ยวกับชีวิตสมรส การขาดการสนับสนุน (support) การมองโลกในแง่ร้าย อาการทางจิตที่เคยเป็น ความรู้สึกไร้ค่า หรือภาวะซึมเศร้ามาร่วมไปด้วย (Worden & Weisman 1977: 175)

นอกจากการผ่าตัดเต้านมออกจะมีผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและปัญหาทางเพศ ตามที่ผู้ทำการศึกษาดังกล่าวแล้วข้างต้น ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและมีผู้ศึกษาว่าอาจมีผลต่อภาวะซึมเศร้า และปัญหาทางเพศได้เช่นเดียวกัน ได้แก่ อายุของผู้ป่วย (Bard & Sutherland 1955: 671; Graf 1977: 84-85; Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 434; Northouse & Swain 1987: 224) ขบวนการของโรค (Smith 1989: 11) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของคู่สมรสต่อการผ่าตัดเต้านมออก การให้ความสนใจในเรื่องเพศของผู้ป่วย ความพึงพอใจในเรื่องเพศระหว่างคู่สมรส และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 434-435; Woods & Earp 1978: 283-284) สถานภาพสมรส ความยาวนานของการสมรส และประวัติของการสมรส (marital history) (Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 435; Northouse & Swain 1987: 224) ระดับของภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนผ่าตัด (Morris, Greer & White 1977: 2383, 2385) ขนาดหรือลักษณะของการผ่าตัด (surgical procedure) (Taylor et al. 1985: 2506; Sanger & Reznikoff 1981: 2341) นอกจากนี้การรักษาเสริมทั้งเคมีบำบัด และรังสีบำบัด ก็มีรายงานว่ามีความสัมพันธ์ได้เช่นกัน (Maguire et al. 1978: 965; Maguire et al. 1980: 1179; Meyerowitz, Watkins & Sparks 1983: 234; Silberfarb, Maurer & Crouthamel 1983: 453) แต่ในบางการศึกษาก็ไม่พบว่า ชนิดของการผ่าตัด จำนวนของเต้านมที่ตัดออก ความรุนแรงของโรค รวมทั้งชนิดของการรักษาเสริมจะทำให้การปรับตัวของผู้ป่วยแตกต่างกัน (Northouse & Swain 1987: 224) ซึ่งคงต้องมีการศึกษาต่อไปให้มากขึ้น

ส่วนระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดต่อภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวทางเพศนั้น ยังคงหาข้อสรุปไม่ได้ หลายการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในระยะแรกๆ ของการผ่าตัด และอาจมีผลต่อเนื่องไปในช่วงหลังผ่าตัดระยะยาวได้ (สุพาณิ ศิริโรธังาม 2527: 79; Maguire et al. 1978: 964-965; Morris, Greer & White 1977: 2383-2384; Ray 1977: 373-377) บางท่านพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับภาวะแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด และความสามารถในการยอมรับความเครียดของผู้ป่วยด้วย (Gordon et al. 1980: 753-754; Renshaw 1975: 47) นอกจากนี้ภาวะการมีประจำเดือนหรือหมดประจำเดือน ก็อาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยในผู้ป่วยเพศหญิง อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องเพศได้ในผู้หญิงบางคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจและสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสด้วย (เอนก อาริพรค และสุวิภา อาริพรค 2525:

146; Renshaw 1975: 53)

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยร่วมอีกมากมายนอกเหนือจากการผ่าตัดเต้านมออก ที่สามารถทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจทั้งภาวะซึมเศร้าและเรื่องเพศได้ โดยเฉพาะในเรื่องเพศนั้นไม่สามารถแยกออกมาให้เห็นอย่างชัดเจนได้ แต่เกิดจากการผสมผสานทั้งในเรื่องความเชื่อมั่นในตนเอง ภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ ความเชื่อ ความรู้สึกมีคุณค่า บุคลิกภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ (interact) ต่อกัน ร่วมกับสภาพของร่างกาย สังคมและวัฒนธรรม (Burkhalter 1978: 250; Krumm 1982: 735; Lamb & Woods 1981: 137) นำมารวมไว้ในบุคคลเพียงคนเดียว ดังได้มีการกระทบต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งย่อมมีผลต่อสิ่งอื่นๆ ในบุคคลเดียวกันด้วย ซึ่ง วอร์เดน และไวส์แมน (Worden & Weisman 1977: 174) กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งที่แตกต่างกัน และปัญหาด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม อาจทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือหลายๆ ด้านไปพร้อมๆ กัน

มโนทัศน์ของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นรูปแบบของปฏิกิริยาพื้นฐานของมนุษย์ที่แสดงออกต่อการสูญเสียทั้งในชีวิตจริง หรือสูญเสียในจินตภาพ (จอห์น ทองซงค์ 2515: 257; สุนัย เกียรติแก้ว 2527: 151)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่และเศร้าสorrow ร่วมกับการมีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย (pessimism) (สุนัย เกียรติแก้ว 2527: 151) มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ (low self esteem) และมักสัมพันธ์กับการสูญเสีย (Schultz & Dark 1986: 79) ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลพบกับความเศร้าโศก (grief) ความเจ็บป่วย (medical illness) สมองผิดปกติทั้งเรื้อรังหรือเฉียบพลัน นอกจากนี้อาจพบว่าเป็นปฏิกิริยาอย่างหนึ่งในการปรับตัว และอาจเป็นผลสะท้อนของความผิดปกติทางจิตใจ (Gulledge & Calabrese 1988: 754) ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย หรือจิตใจก็สามารถเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในทางการแพทย์ทั่วไป บางทีเรียกว่า "ไข้หวัดทางจิต" (จอทอนงค์ 2515: 257) คนส่วนใหญ่ก็มีประสบการณ์ในการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นบางครั้งซึ่งไม่จำเป็นต้องทำการรักษาแต่อย่างใด แต่เมื่อภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นอย่างรุนแรงมีผลกระทบต่อการทำงาน การดำเนินชีวิต หรือเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ก็มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ (Kamerow 1988: 745) การเกิดภาวะซึมเศร้านั้นจะเกิดมากหรือน้อยในแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย ซึ่งมีผู้รวบรวมไว้ได้แก่ เฟส พบว่าเพศหญิงเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า อายุก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่าคนอายุมากกว่า 60 ปี เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนที่อายุน้อยกว่า รวมทั้งอาจมีภาวะซึมเศร้าในระยะเวลายาวนาน และเป็นอย่างชนิดเรื้อรังมากกว่าอีกด้วย ระดับทางสังคมและเศรษฐกิจกับภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์ในทางกลับกัน คือคนที่มีความฐานะต่ำจะมีภาวะซึมเศร้า สูงกว่า นอกจากนี้มีหลายรายงานขัดแย้งกันในเรื่องสภาพแวดล้อมกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะคนที่แยกกันอยู่หรือหย่ากับคู่สมรส ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (high risk) ได้แก่ ผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว มีเศรษฐกิจต่ำ งานที่ทำอยู่ในระดับต่ำ (low status job) เป็นแม่บ้าน ต้องดูแลเด็กเล็กๆ การแต่งงานที่ไม่มีความสุขเป็นต้น แต่ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ จำนวนบุตร ระดับของการติดต่อกันในสังคม (degree of social interchange) และการรับรู้ในบทบาทหน้าที่ของตนเองก็สามารถเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ภาวะซึมเศร่าลดน้อยลงได้เช่นกัน (Maurer 1986: 414) ภาวะซึมเศร่าจึงไม่ได้เกิดจากภาวะของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงเพียงอย่างเดียว ปัจจัยในด้านสิ่งแวดล้อมก็ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร่ามากหรือน้อยแตกต่างกันด้วย

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันยังไม่สามารถอธิบายสาเหตุที่แท้จริงของภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากจะเป็นการผสมผสานระหว่างทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาช่วยในการอธิบาย ทฤษฎีดังกล่าวสนับสนุนการแบ่งระดับของภาวะซึมเศร้า การตอบสนองการรักษา การแสดงออกหรือการหายไปของตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ รวมทั้งในรูปแบบของพฤติกรรม (behavior patterns) (Maurer 1986: 416) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร่าแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ ทางด้านจิตสังคม (psychosocial) และทางด้านชีวเคมี (biochemical) (สวณีย์ เกียรติแก้ว 2527:

151-154; Maurer 1986: 417; Minot 1986: 287) พอสรุปได้ดังนี้คือ

1. ทฤษฎีทางด้านจิตสังคม ได้แก่

1.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis theory) อธิบายถึงประสบการณ์จากการสูญเสียที่สำคัญ (significant loss) อาจเป็นการสูญเสียในชีวิตจริง หรือในภาพ ทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก งานอาชีพ หรือการสูญเสียอวัยวะสำคัญที่ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการสูญเสียในอดีตแล้ว ไม่ได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างสมบูรณ์ ความโกรธถูกเก็บไว้ภายใน แล้วกลับมาปรากฏให้เห็นในภายหลัง บุคคลจะแสดงความโกรธเกลียดตัวเอง (self-loathing) และละอายใจ นอกจากนี้ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างของบุคลิกภาพในการเผชิญกับภาวะเครียด และการพัฒนาการทางด้านจิตใจ (psychodynamic) ก็เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีจิตวิเคราะห์นี้

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความนึกคิด (cognitive theory) อธิบายว่าผู้มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดอย่างไม่มีเหตุผล มีความคิดเกี่ยวกับตนเอง หรือมองตนเองในแง่ลบ และคาดหวังอนาคตในด้านลบ แคปแลนและซาดอค (Kaplan & Sadock 1988: 340) กล่าวถึงความนึกคิดของภาวะซึมเศร้า 3 อย่าง (the cognitive triad of depression) ประกอบด้วย 1. รับรู้เกี่ยวกับตนเองในด้านลบ มองตนเองผิดปกติ ไร้ค่า และไม่พึงปรารถนา (undesirable) 2. เคยมีประสบการณ์ในแง่ลบ พบกับความพ่ายแพ้ ถูกกลั่นแกล้ง 3. คาดหวังว่าจะต้องพบกับความยากลำบาก ความเศร้าใจ และความล้มเหลว บางท่านให้ข้อสรุปว่าเป็นการมองในแง่ลบทั้งที่เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต (Pennell & Creed 1987: 1797)

1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ (learning theory, behavior theory or sociocultural) ว่าเกิดจากประสบการณ์ในครั้งที่ผ่านมา บุคคลตกอยู่ใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมในสภาพที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาคือ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีอำนาจเพียงพอที่จะควบคุมสถานการณ์ รวมทั้งขาดแรงเสริม (inadequate reinforcement) ทำให้เกิดความกลัวต่อภาวะการสูญเสียของตนเอง

2. ทฤษฎีทางด้านชีวเคมี เป็นการอธิบายขบวนการเกิดภาวะซึมเศร้าทางด้านชีวเคมี แต่ยังไม่มีความชัดเจนโดยเฉพาะ ได้แก่

- 2.1. ทฤษฎี แคทีโคลามีน (catecholamine theory) เกี่ยวกับสารสำคัญบางชนิดในสมอง (neurotransmitter) ทำงานได้ลดลง ได้แก่โดปามีน (dopamine) นอร์อีปิเนฟริน (norepinephrine) ซีโรโทนิน (serotonin) และสารอื่นๆ
- 2.2. ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรม เช่น ในพวกลูกแฝด เป็นต้น
- 2.3. ทฤษฎีเกี่ยวกับฮอร์โมน เช่น พวกลูกฮอร์โมนคอร์ติโซล (cortisol hormone) และไทรอยด์ฮอร์โมน (thyroid hormone)
- 2.4. ทฤษฎีเกี่ยวกับระดับการแลกเปลี่ยนของโซเดียม และโปตัสเซียม ในเซลล์สมอง

เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่สามารถหาเหตุผลมาอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะได้ (Maurer 1986:416) มีเพียงทฤษฎีที่น่าเชื่อถือดังกล่าวมาอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น ดังนั้น สาเหตุของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก จึงไม่สามารถอธิบายโดยเฉพาะได้เช่นเดียวกัน คงอธิบายได้แต่เพียงว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก เป็นผลมาจากการต้องสูญเสียเต้านมไป ทำให้เกิดความรู้สึกว่าคุณค่าของตนลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทำได้ไม่เหมือนเดิม ต้องพึ่งพาคนอื่น (สมภาพ เรื่องตระกูล 2524: 120) นอกจากนี้ยังรวมกับความกลัวการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ที่มักคอยเตือนในเรื่องของความตายและความไม่สวยงาม ซึ่งจะมีความกระทบต่อภาพลักษณ์และความเป็นเพศหญิงอีกด้วย (Worden & Weisman 1977: 173) ดังนั้น ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก จึงน่าจะเป็นภาวะซึมเศร้าชนิดที่เกิดขึ้น เพื่อตอบโต้กับสภาพการณ์ภายนอก (exogenous or reactive depression) เช่น การสูญเสีย หรือการเปลี่ยนแปลงอย่างกระทันหันในวิถีชีวิต จนทำให้ปรับตัวไม่ทัน (สุนัย เกี่ยวกิ่งแก้ว 2527: 159) รวมกับความเศร้าโศก (grief) อันเป็นขบวนการตอบสนองต่อการสูญเสีย (Shultz & Dark 1986: 79) สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีอื่นๆ ดังได้กล่าวแล้ว ซึ่งคงสามารถอธิบายได้แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยเฉพาะเมื่อรวมเอาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เข้ามาด้วย

ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สุนัย เกี่ยวกิ่งแก้ว 2527: 156-158; Maurer 1986: 417; Priest 1983; 19-20) ดังนี้คือ

ทางด้านร่างกาย (physiological change) มีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียไม่มี

สาเหตุ นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินไป รับประทานอาหารได้น้อยหรือมากเกินไป ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ เคลื่อนไหวช้า ท้องผูก ประจำเดือนมาผิดปกติ ความต้องการทางเพศลดลง

ทางด้านจิตใจ (psychological or cognition change) มีสมาธิไม่ดี การรับรู้ช้า คิดช้า มีความคิดแปลกๆ ความจำเสื่อม ตัดสินใจไม่ได้ มีความลังเลสูง คิดซ้ำซากในเรื่องเดียวกัน หมดหวัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ (emotional change) มีความวิตกกังวล โกรธ สับสน หมดหวัง เศร้า มีความรู้สึกขาดบางอย่าง (inadequate) หงุดหงิด เศร้า เบื่อหน่าย

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม (social change) สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ขอบอยู่คนเดียว ไม่ชอบสังคม แยกตัว

นอกจากนี้สามารถแบ่งภาวะซึมเศร้า ตามความรุนแรงได้ 3 ระยะ (สุนัย เกียรติแก้ว 2527: 159; Pennell & Creed 1987: 1797-1798) ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัน ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เศร้าบางครั้งก็มีสาเหตุ แต่บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุ ร้องไห้และมีความคิดฆ่าตัวตาย บางครั้งอาการที่แสดงให้เห็นได้แก่ วิตกกังวล ปวดศีรษะ กลัวโดยไม่มีเหตุผล (phobias) นอนไม่หลับ รับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่ม

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) มีผลกระทบต่อครอบครัว การงาน สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แต่ไม่สมบูรณ์ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์น้อย ร้องไห้ไม่มีสาเหตุ รู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยได้ รู้สึกเจ็บปวดในจิตใจ พูดลำบาก คิดซ้ำ มีอาการย้ำคิดย้ำทำ (obsessive and compulsive symptom) มีความคิดในด้านลบ 3 อย่าง (cognitive triad) ไม่มีความต้องการทางเพศเป็นเวลานาน เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาในคู่สมรส หรือปัญหาทางเพศเกิดขึ้น

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) มีความเศร้าลึกมากขึ้น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด สนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง วิตกกังวลมาก นอนไม่หลับ ความเศร้ามีมาจากภายในตัวบุคคลนั้น (endogenous) ปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ไม่ได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน (delusion and hallucination)

จากอาการของภาวะซึมเศร้า และบางระยะของภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบต่อความต้องการทางเพศ และจากการศึกษาในผู้ป่วยฆ่าตัวตายนอกหลายการศึกษา พบว่านอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจแล้วอาจทำให้เกิดปัญหาทางเพศได้ (Bard & Sutherland 1955: 668; Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 434; Maguire et al. 1978: 963; Morris, Greer & White 1977: 2381) เนื่องจากคนที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีสภาวะทางด้านจิตใจเกี่ยวข้องกับกลไกที่ลดความต้องการทางเพศ (เฮนท อารีพรรค และสุวัทนา อารีพรรค 2525: 163) ดังนี้คือ

1. ปัญหาทางอารมณ์อย่างมาก จะรวมความวิตกกังวลหรือกำลังใจ กับปัญหาเหล่านั้นทั้งหมด จึงทำให้ขาดความสนใจทางเพศ
2. ปัญหาทางอารมณ์ อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ของต่อมไร้ท่อ และผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง รวมทั้งสารสำคัญบางอย่างของสมอง(neurotransmitters) รวมทั้งทำให้ระดับฮอร์โมนเทสโตสเตอโรนลดลงด้วย มีผลทำให้การหลั่งฮอร์โมนฟอร์ลิคูลาร์-สติมูเลตติ้งฮอร์โมน และลูทีไนซิงฮอร์โมนลดลง การกระตุ้นรังไข่และอัณฑะจะลดลง ดังนั้นฮอร์โมนเพศชายในเลือดก็จะลดลงเป็นผลให้ศูนย์ควบคุมเรื่องเพศ (sex center) ในสมองทำงานลดลง ทำให้ความต้องการทางเพศลดลงตามไปด้วย
3. ความตึงเครียดทางอารมณ์ทำให้การหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโซน (cortisone) มีระดับสูงขึ้น จะทำให้ความสนใจทางเพศลดลง เพราะคอร์ติโซน ออกฤทธิ์ต้านกับฮอร์โมนเทสโตสเตอโรน
4. ทฤษฎีที่พบใหม่เชื่อว่า ความสนใจทางเพศ และการตอบสนองทางเพศมีความสัมพันธ์กับสารสำคัญบางอย่างของสมอง(neurotransmitters) เช่น ซีโรโตนิน(serotonin) และนอร์อีปิเนเฟริน (norepinephrine) ได้มีการทดลอง พบว่า ซีโรโตนิน ทำให้กิจกรรมทางเพศลดลง แต่นอร์อีปิเนเฟรินทำให้กิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น ในภาวะซึมเศร้าพบว่าระดับของนอร์อีปิเนเฟริน และซีโรโตนินลดลง ดังนั้นในขณะที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ากิจกรรมทางเพศจึงมีการเปลี่ยนแปลง

จึงเห็นได้ว่าตัวภาวะซึมเศร้าเอง มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางเพศ อยู่ด้วยอย่างมาก นอกเหนือจากการสูญเสียด้านหนึ่งเป็นอวัยวะแสดงสัญลักษณ์ทางเพศและสิ่งกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ (Renneker & Cutler 1952: 834; Woods 1975: 148) โดยตรง

ภาวะซึมเศร้ามีเครื่องมือที่ใช้วัดมากพอควรแบ่งออกได้เป็น วัดเชิงปริมาณ (quantitative measurement) วัดเชิงคุณภาพ (qualitative) และการจัดแบ่งตามบุคลิกลักษณะ (classification of personality) (Lehmann 1985: 806) แบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตัวเองของซุง (Zung self rating depression scale) เป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองชนิดทึ่ง ซึ่งออกแบบครอบคลุมอาการของภาวะซึมเศร้าทั้งหมด ทั้งด้านอารมณ์ ร่างกาย และจิตใจรวมๆ กัน นอกจากนี้ยังมีการหาความตรง และความเชื่อมั่นมาเป็นอย่างดี (Zung 1965: 508-515, 1967: 543-547) สั้นและใช้ง่ายโดยให้ผู้ตอบฯ ด้วยตนเอง (Byre, Boyle & Pritchard 1977: 269) แบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung 1965: 63-70) สามารถแยกกลุ่มคนปกติ กลุ่มที่ป่วยทางจิตอย่างอื่น กับกลุ่มภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ และสามารถแยกผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าออกจากกลุ่มวิตกกังวล (anxiety reaction) ได้อย่างมีนัยสำคัญในระดับ 0.01 ซึ่งมีระดับนัยสำคัญ สูงกว่าแบบวัดบุคลิกภาพมินเนโซต้า (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) ที่แยกได้อย่างมีนัยสำคัญในระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าแบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุง มีความไวในการวัดมากกว่า (Zung et al. 1965: 514) รวมทั้งแบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุงยังมีดัชนีบอกความรุนแรงของอาการภาวะซึมเศร้าอีกด้วย (Kaplan & Sadock 1988: 145; Zung 1965: 66; 1967: 546) ดังนั้นนอกเหนือจากความสามารถที่จะวัดในเชิงปริมาณแล้ว แบบวัดของซุงยังสามารถวัดในเชิงคุณภาพได้อีกด้วย

แบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุงนั้น บางการศึกษาพบว่าเพศที่แตกต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน แต่ผู้ทำการศึกษาคิดว่าน่าจะเป็นความแตกต่างกันในเรื่องของการรับรู้ข้อคำถามมากกว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า (Byrne, Boyle & Pritchard 1977: 270, 272) และอาจให้คะแนนปกติหรือใกล้เคียงปกติในผู้ป่วยระยะปะทุ (manic state) (Lehmann, 1985: 806) แต่เมื่อทำการศึกษาความสัมพันธ์ของแบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองแบบซีเอส-ดี (CES-D, Center of epidemiologic studies) ซึ่งเป็นแบบวัดที่สร้างโดยเลือกหัวข้อจากแบบวัดที่สร้างขึ้นมาก่อน ที่สามารถแสดงอาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าที่สำคัญได้รวม 5 แบบวัด ซึ่งรวมทั้งแบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุงด้วย เมื่อนำมาหาความสัมพันธ์กับคะแนนของแบบวัดของซุงเท่ากับ .90 ส่วนความสัมพันธ์กับคะแนนของเบค (Beck self report depression) ได้เท่ากับ .81 (Myers & Weissman 1980: 1082) แสดงว่าแบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุงสามารถวัดภาวะซึมเศร้าได้ใกล้เคียงกับซีเอส-ดี มากกว่าแบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบคซึ่งเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองที่เป็นที่นิยมใช้เช่นกัน แต่

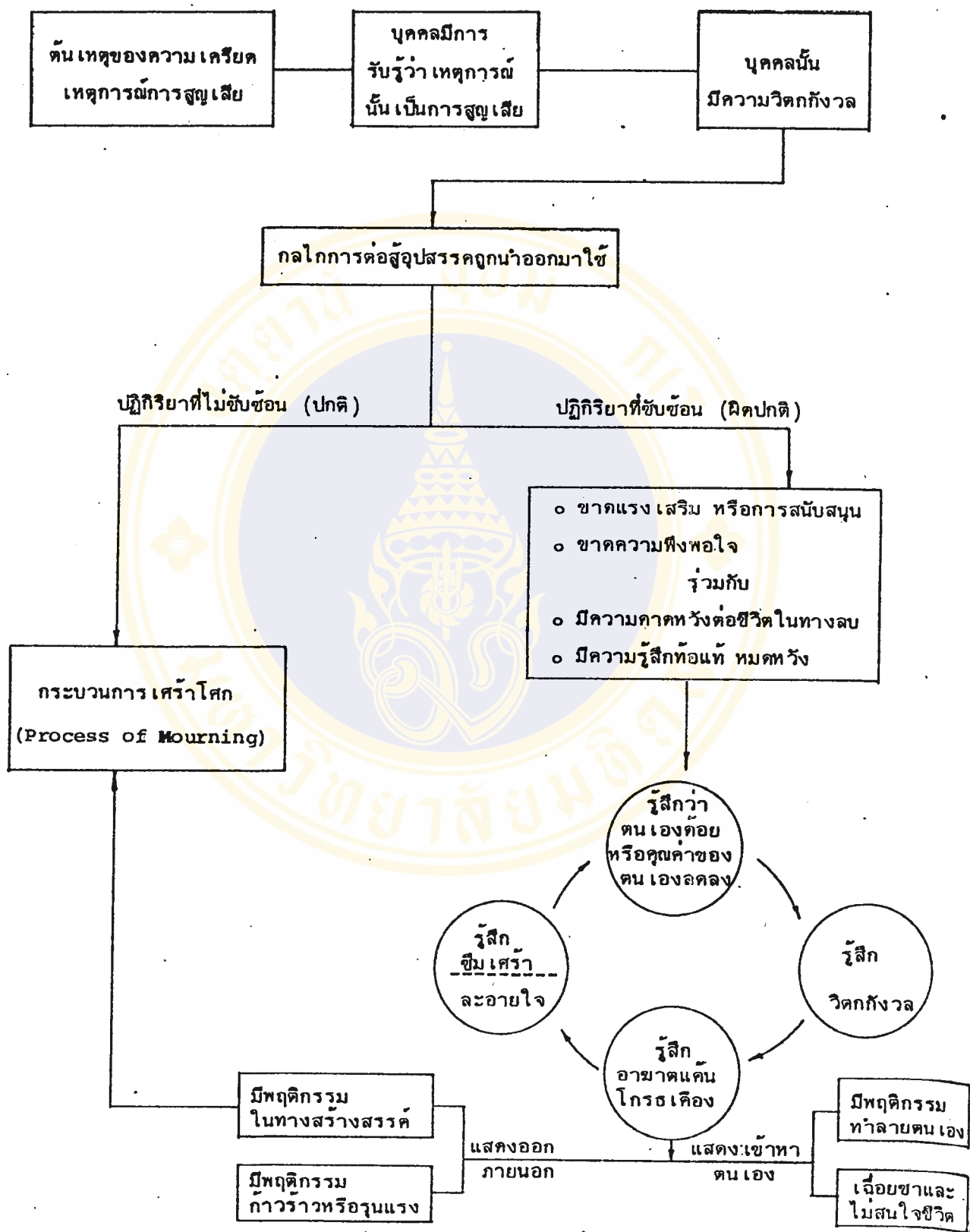
แบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบคผู้สัมภาษณ์จะต้องได้รับการฝึกมาเป็นอย่างดี อาจจะเป็นนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมวิทยา (sociologist) ซึ่งจะอ่านคำถามให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือก แล้วผู้สัมภาษณ์จะเป็นคนเลือกข้อที่ตรงกับที่ผู้ป่วยเลือก (Beck et al. 1961: 562; Zung 1965: 69) การเลือกข้อดังกล่าว ลีห์แมน (Lehmann 1985: 806) กล่าวว่าคะแนนแบบวัดของเบคนั้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับแรงกระตุ้นของผู้สัมภาษณ์ที่มีต่อผู้ป่วย และให้ความเห็นว่าอาจเป็นการวัดความอ่อนล้า (asthenia) มากกว่าภาวะซึมเศร้า ดังนั้นแบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุงจึงเป็นแบบวัดโดยผู้ป่วยเลือกได้ด้วยตนเองที่อาจจะเชื่อถือได้แบบหนึ่งเมื่อใช้กับคนทั่วไป

การให้ความรู้กับการปรับตัวของผู้ป่วย

มีหลายการศึกษาที่พบว่าภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติทางด้านจิตใจเช่นภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น (Bard & Sutherland 1955: 656-672; Maguire et al. 1978: 963-965; Morris, Greer & White 1977: 2381-2387; Renneker & Cutler 1952: 834; Worden & Weisman 1977: 174) ซึ่งภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกน่าจะเกิดจากภาวะการสูญเสียตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ร่วมกับทฤษฎีต่างๆ ดังกล่าวแล้ว และจินตนา ฮูลันท์ (2528: 132-138) ได้แสดงให้เห็นปฏิริยาต่อการสูญเสียอย่างชัดเจน โดยแบ่งเป็นปฏิริยาต่อการสูญเสียอย่างซับซ้อนหรืออย่างปกติ ซึ่งจะมีกระบวนการเศร้าโศกที่เป็นระยะการปรับตัวต่อการสูญเสียตามปกติดังกล่าวไว้แล้วข้างต้น ส่วนปฏิริยาต่อการสูญเสียอย่างซับซ้อนหรือผิดปกตินั้นจะเกิดขึ้นเนื่องจากมีปัจจัย 4 อย่างคือ

1. การขาดแรงเสริม หรือการสนับสนุน (lack of reinforcement)
2. การขาดความพึงพอใจเกี่ยวกับชีวิต หรือความเป็นอยู่ประจำวัน (lack of gratification)
3. มีความคาดหวังต่อชีวิตในทางลบ (negative expectation)
4. มีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ไม่มีผู้ช่วยเหลือ (sense of helplessness)

วงจรของปฏิริยาที่เกิดจากการสูญเสีย อธิบายได้ดังนี้คือ ขณะที่บุคคลมีการสูญเสียเกิดขึ้น ปฏิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียจะเป็นไปตามกระบวนการเศร้าโศก ซึ่งเป็นสิ่งปกติแต่ก็อาจเกิดความเศร้าโศกที่ผิดปกติได้ตั้งปัจจัยที่กล่าวแล้ว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 วงจรของปฏิกิริยาที่เกิดจากการสูญเสีย

ที่มา : จินตนา ฐนิพันธ์ 2528: 136

จะเห็นว่าเมื่อมีเหตุการณ์สูญเสียเกิดขึ้นในชีวิตเป็นต้นเหตุของความเครียด บุคคลรับรู้ว่าคุณเองสูญเสียก็จะเกิดความวิตกกังวล จะดึงกลไกการต่อสู้อุปสรรคที่ตนเคยนำมาใช้เพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลตามมา 2 ลักษณะคือ บุคคลมีปฏิกิริยาต่อการสูญเสียที่ไม่ซับซ้อนหรือเรียกว่าปฏิกิริยาปกติดังที่เคยกล่าวไว้แล้ว ส่วนผลที่ตามมาอีกลักษณะหนึ่งคือ ปฏิกิริยาต่อการสูญเสียอย่างซับซ้อนหรือผิดปกติ ซึ่งจะเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัย 4 อย่างดังกล่าวไว้แล้วข้างต้น ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง รู้สึกวิตกกังวล พยายามใช้กลไกการปรับตัวที่เคยใช้มาลดความวิตกกังวล แต่กลไกการปรับตัวดังกล่าวก็ประสบกับความล้มเหลวตั้งแต่ต้น จึงทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อการสูญเสียอย่างซับซ้อนหรือผิดปกติ ดังนั้นความวิตกกังวลก็ยังคงอยู่และมีมากขึ้นๆ ในที่สุดกลายเป็นความอามาศแต่ใจ โกรธเคือง ต่อชีวิต ต่อบุคคล และต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้มีการแสดงออก 2 ทางคือ การแสดงเข้าหาตนเองและการแสดงออกภายนอก

การแสดงความอามาศ โกรธเคือง เข้าหาตนเอง (internally expressed) จะเป็นผลให้บุคคลนั้น มีพฤติกรรมที่ผิดปกติใน 2 แบบคือ พฤติกรรมทำลายตนเอง (self-destructive behavior) และการเฉื่อยชาไม่สนใจชีวิต (non-assertive behavior) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา ไม่ก่อให้เกิดความพึงพอใจ ทำให้บุคคลเกิดความละอายใจ และรู้สึกขมเศร้า ซึ่งจะเป็นผลให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเองต้องลงมากยิ่งขึ้น วิตกกังวล อามาศแต่ใจ โกรธเคืองมากขึ้น จะเป็นวงจรเช่นนี้ตลอดไปถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง

ส่วนบุคคลที่มีการแสดงความอามาศ โกรธเคืองออกภายนอก (externally expressed) แสดงได้ 2 ลักษณะ เช่นเดียวกันคือ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ชำนาญด้านการรักษาพยาบาล การแสดงออกอีกลักษณะหนึ่ง คือ การแสดงออกในทางสร้างสรรค์ เช่นขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง พยายามแก้ปัญหาอย่างถูกวิธี จากการแสดงออกอย่างสร้างสรรค์จะนำไปสู่กระบวนการเศร้าโศกตามปกติ ในขั้นสุดท้ายคือสามารถปรับตัวได้ และดำรงอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

จึงเห็นได้ว่า กลไกการปรับตัว หรือกระบวนการเศร้าโศก เป็นส่วนสำคัญของการเกิดปฏิกิริยาต่อการสูญเสียอย่างซับซ้อนที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นหรือน้อยลง สำหรับกลไกการปรับตัว (coping mechanisms) แอนดรูส์และรอย (Andrews & Roy 1986: 20-21, 38-40) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม แบ่งเป็นการปรับตัวตามธรรมชาติ (innate coping mechanism) ซึ่งเป็นระบบที่เกิดขึ้นภายในร่างกายอย่างอัตโนมัติ และกลไกการปรับตัวที่เกิดขึ้นภายหลัง หรือจากการเรียนรู้ (acquire coping mechanism) การปรับตัวทั้ง 2 อย่างดังกล่าวยังแบ่งออกเป็น 2 ระบบย่อย และหนึ่งในระบบย่อยนั้นคือ ระบบที่เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognator subsystem) ซึ่งเกี่ยวกับการเรียนรู้และอารมณ์ (cognitive-emotive channel) 4 อย่างคือ

1. การรับรู้หรือการได้รับความรู้ ข้อมูล (perception/information) เป็นกระบวนการเลือกที่จะสนใจสิ่งใด มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างมีระบบ (coding)
2. การเรียนรู้ (learning) เกี่ยวกับการเลียนแบบ แรงสนับสนุน (reinforcement) และการเข้าใจลึกซึ้ง (insight)
3. การตัดสินใจ (judgment) ขบวนการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ
4. ด้านอารมณ์ (emotions) เป็นการค้นหาทางระบายความวิตกกังวล ประเมินสถานการณ์ให้เป็นที่น่าพอใจ (affective appraisal) และการให้ความเชื่อถือ ผูกพัน (attachment)

แอนดรูส์ และรอย (Andrews & Roy 1986: 22, 31) ให้ความหมายของการปรับตัว (adaptive) ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งถือว่าเป็นระบบ (human system) มีความสามารถที่จะปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการปรับตัวนั้นจะมีผลต่อสิ่งแวดล้อมด้วย โดยเชื่อว่าบุคคลและสิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา

ดังนั้นการปรับตัวต่อการสูญเสียของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ซึ่งถูกคุกคามทั้งชีวิตและภาพลักษณ์ ย่อมมีผลกระทบต่อคู่สมรส (Krumm 1982: 732) ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมด้วย จึงจำเป็นต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีกลไกการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้สามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้า คือ การถูกคุกคามชีวิต และภาพลักษณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมคือ คู่สมรส ครอบครัว และสังคมได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

ส่วนพื้นฐานในการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็ง มีผู้รวบรวมเสนอไว้ 3 อย่าง ดังนี้คือ (Krumm 1982: 736)

1. การให้ความรู้ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีชีวิตอยู่ร่วมกับการเป็นโรคได้
2. การให้คำปรึกษา (counseling) ให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ให้ความเชื่อมั่น และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกของตนเอง (clarifying)
3. จัดกระทำต่อสิ่งแวดล้อม (enviromental manipulation) เช่นมีการส่งต่อผู้ป่วยถ้าจำเป็น เป็นต้น

การให้ความรู้หรือข้อมูล เป็นชนิดหนึ่งของการให้ความสนับสนุน (support) จากการรวบรวมการศึกษาหลายๆ การศึกษาพบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับการวินิจฉัยระยะแรก มีความเชื่อถือในตัวแพทย์ และการรักษา ให้ความร่วมมือและมีความพึงพอใจในการรักษา นอกจากนี้ยังสามารถลดความเครียดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมได้อีกด้วย ส่วนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เช่นการให้ความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยยังคงเป็นที่รักใคร่ของบุคคลอื่น และเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ก็เป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับผู้ที่มีความทุกข์โศกทางด้านอารมณ์ (emotional distress) (Bloom 1982: 1331) ส่วนโอเรม (Orem 1985: 152, 156-157) จัดให้การสนับสนุนและการให้ความรู้เป็นระบบการพยาบาลระบบหนึ่ง (supportive-educative systems) ซึ่งเป็นเทคนิคการช่วยเหลือโดย ให้การสนับสนุน คำแนะนำ (guidance) จัดเตรียมสิ่งแวดล้อม และให้ความรู้ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ขาดความรู้ ทักษะ หรือขาดความพร้อมทางด้านจิตใจ รวมทั้งขาดความสามารถในด้านการตัดสินใจ หรือการควบคุมพฤติกรรม (behavior control) ด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้และข้อมูลก็ถูกต้องเหมาะสมตามกาลเวลาและสภาพของผู้ป่วย มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนในการดูแลตนเอง ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถต่อสู้เอาชนะโรค ไม่ยอมแพ้หรือสิ้นหวัง (สมจิต หนูเจริญกุล 2532: 41) ดังนั้นการให้ความรู้และการสนับสนุนจึงเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้และการสนับสนุนกับภาวะซึมเศร้า

ดังกล่าวแล้วข้างต้นว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนเป็นส่วนสนับสนุนกลไกในการปรับตัวของบุคคล จากการศึกษาของ บลูม (Bloom 1982: 1335) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม (social support) ว่ามีผลต่อการปรับตัวของบุคคล เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อการตอบสนองของกลไกการปรับตัว (coping response) ของบุคคล และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างการให้การสนับสนุนโดยการรับฟัง (listening) กับการสนับสนุนโดยให้ผู้ป่วยได้ระบาย พบว่าการให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกมีผลในการลดความซึมเศร้ามากกว่า (Woods & Earp 1978: 283-284) นอกจากนี้ยังพบว่าการให้การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลลดภาวะซึมเศร้าเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนน้อยเท่านั้น แสดงให้เห็นว่านอกจากการสนับสนุนแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อภาวะซึมเศร้ามักได้กล่าวไว้บ้างแล้วข้างต้น ซึ่งรวมทั้งความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ด้วย

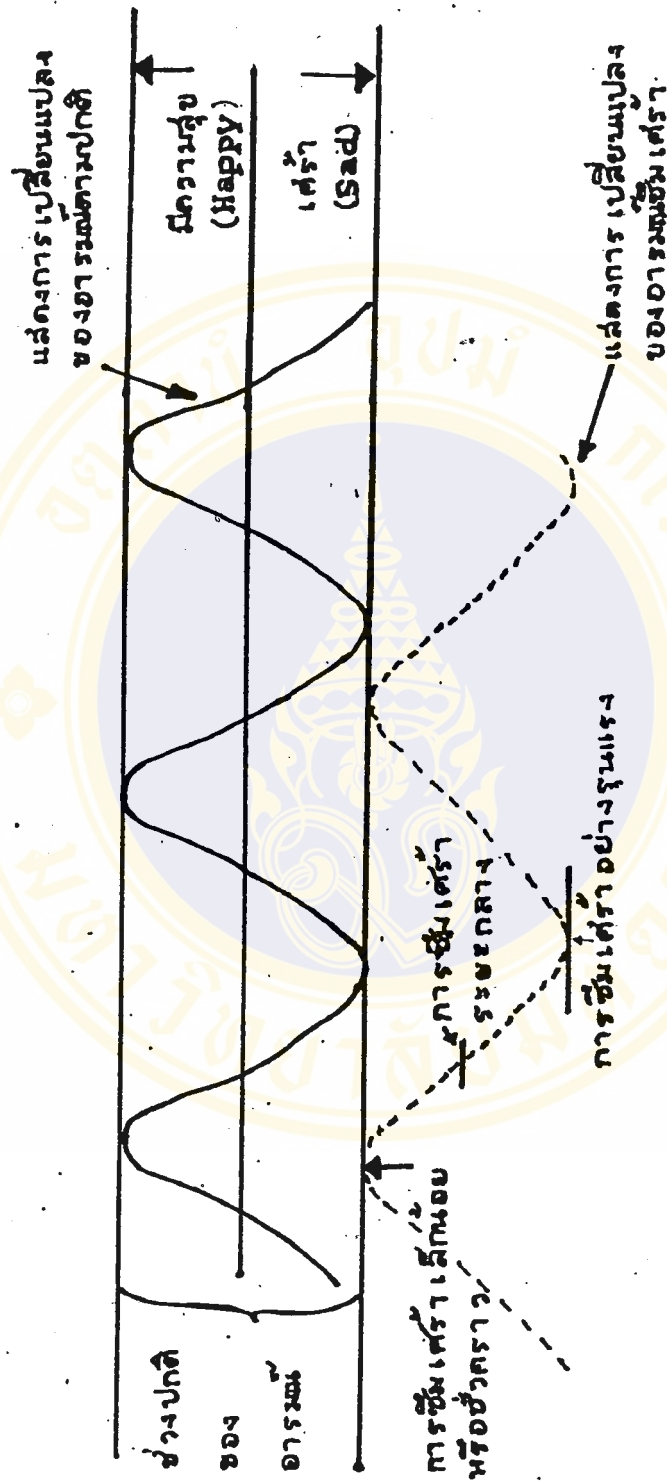
ในการศึกษาทดลองการให้ข้อมูลและการสนทนาแบบรวมกลุ่ม (group discussion) อย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก โดยมีผู้ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดีเป็นผู้ดำเนินการ แล้ววัดความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อแบบแผนดังกล่าว พบว่าความต้องการความรู้ (informational) และการสนับสนุน (supportive) ขึ้นอยู่กับระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดด้วย (Schwartz 1977: 276-278)

ส่วนการศึกษาของ วินิค และรอบบินส์ (Winick & Robbins 1977: 478-486) ศึกษาผลการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกแบบรวมกลุ่ม ในผู้ป่วย 1,700 คน ช่วงปี 1970-1974 โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ และนักสังคมวิทยาเป็นผู้ให้การสนับสนุน พบว่าความเครียดทางด้านอารมณ์ของผู้ป่วยอาจมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วย แต่เนื่องจากอายุขนาดของการผ่าตัดและความเครียดทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กัน จึงไม่อาจสรุปได้แน่ชัด และพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในแบบแผนการฟื้นฟู สามารถกลับไปทำทุกอย่างได้ตามปกติภายใน 4 เดือน ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปทำงานได้ภายใน 3 เดือนของการศึกษาเมื่อ 7 ปี และ 14 ปีก่อนอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผู้ป่วยเห็นว่า การสนทนาแบบโต้ตอบ เป็นการรักษาโดยให้การสนับสนุน (supportive therapy) ที่ให้ผลดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ผู้ทำการศึกษาให้ความเห็นว่า การมีความรู้เกี่ยวกับปัญหา และความยากลำบากที่จะต้องเผชิญ ระยะเวลาที่คาดว่าจะต้องเผชิญ และการรู้ว่าคุณค่าคนอื่น เอาชนะสิ่งนั้น ได้อย่างไร อาจทำให้ช่วงระยะเวลาการพักฟื้นสั้นลง

และได้รับการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจน้อยลงด้วย การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการสนับสนุนมากกว่าวิธีอื่นๆ แต่ไม่ได้วัดผลทางด้านจิตใจแต่อย่างใด

การศึกษาลของการให้การดูแลทางด้านจิตใจ (psychological intervention) โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 3 ชนิดคือ โรคมะเร็งเต้านม โรคมะเร็งปอด และโรคมะเร็งที่ผิวหนัง (melanoma) โดยให้การดูแลทางด้านจิตใจอย่างมีแบบแผน 3 อย่างคือ การให้ความรู้ คำปรึกษา (counseling) และการจัดการกับเรื่องสิ่งแวดล้อม ดำเนินการให้โดยนักจิตวิทยา นักสังคมวิทยา และพยาบาลจิตเวช เก็บข้อมูลใน 4 ระยะ เวลาคือ 1. ขณะอยู่ในโรงพยาบาล 2. ก่อนออกจากโรงพยาบาล 3. หลังออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และ 4. หลังออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน วัดทางด้านพฤติกรรมและด้านจิตใจ โดยใช้แบบวัดทางด้านจิตวิทยา หลายๆ แบบวัด ซึ่งรวมทั้งแบบวัดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า พบว่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในกลุ่มได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ ระยะเวลาที่ 1 ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และระยะเวลาที่ 2 หลังออกจากโรงพยาบาล มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างรวดเร็ว แต่ในช่วงระยะเวลาที่ 2, 3 และ 4 คะแนนความซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน และพบว่าภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงผลการให้การดูแลทางด้านจิตใจโดยการให้ความรู้ การสนับสนุนโดยการให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและอื่นๆ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อม จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลงได้อย่างรวดเร็วกว่าปกติ (Gordon et al. 1980: 743-759) จากการศึกษานี้ทำให้ทราบว่าเป็นในกลุ่มควบคุมระยะเวลาที่แตกต่างกันภาวะซึมเศร้าสามารถลดลงได้เอง แต่จำเป็นต้องอาศัยเวลานานกว่ากลุ่มทดลอง

นอกจากนี้หลายท่านเชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) มากกว่าที่จะเกิดขึ้นหรือหายไปตามพยาธิสภาพ (pathological condition) ของผู้ป่วยมะเร็ง (Bieliauskas 1984: 38) เช่นเดียวกับจินตนา สุรินทร์ (2528: 162-165) และสวอนสัน (Swanson 1982: 534) ซึ่งกล่าวว่าพฤติกรรมของผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าอาจจัดอยู่ในความต่อเนื่องหรือในรูปของวงจร (cyclic pattern) มีลักษณะเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่ซึมเศร้าเล็กน้อย หรือชั่วคราว (mild or transitory depression stage) จนถึงระยะรุนแรงหรือโรคซึมเศร้า ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ความต่อเนื่องของอารมณ์และภาวะซึมเศร้า
ที่มา : ดัดแปลงมาจาก จิตเวช 2528 : 163.

ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยหรือชั่วคราว อาการจะอยู่ใกล้เคียงกับช่วงปกติของอารมณ์ขณะรู้สึกเศร้า แต่ถ้ามีความรู้สึกที่ไม่ดีเพิ่มมากขึ้น เช่น รู้สึกด้อยค่ามากขึ้น วิตกกังวลมากขึ้น ท้อแท้หมดกำลังใจ และอื่น ๆ บุคคลก็จะมีภาวะซึมเศร้าลึกมากขึ้นเป็นซึมเศร้าระยะกลางและซึมเศร้าอย่างรุนแรง อาการต่างๆก็จะเพิ่มมากขึ้นด้วย ถ้ามีการช่วยเหลือให้สามารถปรับตัวได้ตามปกติ อาการซึมเศร้าต่างๆ ก็จะค่อยๆ ลดลงจนถึงช่วงปกติของอารมณ์ ดังนั้นระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือที่ถูกต้องก็สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไปได้เช่นกัน

ในการศึกษาของ แมกไอร์ และคนอื่นๆ (Maguire et al. 1980: 1454-1456) ศึกษาในผู้ป่วยโรคเมเร็งเด้นน์โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 75 คน ได้รับการให้คำปรึกษาจากพยาบาลที่ได้รับการฝึกมาโดยเฉพาะ ได้รับคำปรึกษาตั้งแต่อ่อนกว่าตัด หลังผ่าตัด และติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุม 77 คนได้รับการดูแลตามปกติ ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการคัดเลือกให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่องของระยะโรค การรักษา อายุ สถานภาพสมรส ระดับในสังคม (social class) ความเจ็บป่วยทางจิต และเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้เกิดความเครียด พบว่า 3 เดือนหลังผ่าตัดไม่พบความแตกต่างของทั้ง 2 กลุ่ม แต่ในช่วง 12 ถึง 18 เดือนกลุ่มที่ได้รับการปรึกษาเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีจำนวนร้อยละ 39 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แมกไอร์และคนอื่นๆ ให้ข้อสังเกตว่าความผิดปกติทางด้านจิตใจ (psychiatric morbidity) มีจำนวนใกล้เคียงกันในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วย 72 ใน 152 คน กำลังอยู่ระหว่างการรักษาเพิ่มเติมหรือมีการกลับเป็นโรคซ้ำ แต่อย่างไรก็ตามแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องสามารถลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาวได้ ซึ่งต่างจากการศึกษาของกอร์ดอนและคนอื่นๆ (Gordon et al. 1980: 753, 756) ที่พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลทางจิตใจมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างรวดเร็วในระยะแรก นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและตามความช่วยเหลือที่ได้รับ

การผ่าตัดเต้านมออกนอกจากจะมีผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วยแล้ว คู่สมรสซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน โดยมีผู้ทำการศึกษาติดตามผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกและคู่สมรสจำนวน 50 คู่ ในระยะหลังผ่าตัด 3 วัน และ 30 วัน พบว่าผู้ป่วยและคู่สมรสมีความทุกข์โศกทางด้านจิตใจ (psychological distress) ไม่แตกต่างกัน และระดับของความทุกข์โศกนั้นสูงกว่าระดับของคนปกติ (Northouse & Swain 1987: 221) และเมื่อ

ทำการศึกษาใน 3 ระยะเวลาคือ 3 วัน 30 วัน และ 18 เดือนหลังผ่าตัด ก็มีผลเช่นเดียวกันคือ ทั้งผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกและคู่สมรสต่างมีระดับอารมณ์ รวมทั้งความทุกข์โศกที่ใกล้เคียงกัน (Northouse 1989: 514) เมื่อศึกษาติดตามนาน 1 ปี 2 ปี และ 3 ปีหลังผ่าตัด พบว่าคู่สมรสมีปัญหาภายหลังจากผู้ป่วยทำการผ่าตัดเต้านมออกเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในขณะที่ตัวผู้ป่วยเองมีปัญหา มากในระยะหลังผ่าตัด 1 ปีแรก หลังจากนั้นปัญหาลดลงในปีที่ 2 แล้วเพิ่มมากขึ้นในปีที่ 3 ผู้ทำการศึกษาให้ความเห็นว่าความเครียดมีการสะสมเพิ่มขึ้นในแต่ละปีอย่างชัดเจนในคู่สมรส ทั้ง ปัญหาทางด้านจิตใจ และความทุกข์โศก (Baider & Kaplan De-Nour 1984: 265-276) นอกจากนี้ยังพบว่า ความเครียดในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายมีผลทำให้ระบบ อารมณ์ของคู่สมรสทำหน้าที่ได้ลดลง (Schleifer 1983: 374-377) การศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นผลกระทบที่มีต่อคู่สมรสทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งอาจจะมีผลกระทบ ต่อสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น บุคคลในครอบครัว และในสังคมอีกด้วย

สำหรับการให้ความช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกและคู่สมรสนั้น คริสเตนเสน (Christensen 1983: 266-275) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก และคู่สมรสจำนวน 20 คู่ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มได้รับคำปรึกษาและกลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษา ด้วยวิธี การสุ่มให้ได้จำนวนเท่ากันในแต่ละกลุ่ม ทำการประเมินก่อนการให้คำปรึกษา 1 อาทิตย์ และหลัง ให้คำปรึกษา 1 อาทิตย์ ให้ระยะเวลาการให้คำปรึกษา 4 อาทิตย์ๆ ละ 1 ครั้ง การให้ คำปรึกษาประกอบด้วย การให้ความรู้ ให้มีการสนทนาร่วมกัน และให้มีการแสดงบทบาท (role-play) และฝึกแสดงพฤติกรรม (behavior practice) เป็นต้น คริสเตนเสนใช้แบบ วัดทางด้านจิตวิทยา 7 อย่าง รวมทั้งแบบวัดความซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) ด้วย พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษามีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างในคู่สมรสของทั้ง 2 กลุ่ม นอกจากนี้ยังสามารถลดความ ผิดปกติทางด้านอารมณ์ของทั้งผู้ป่วยและคู่สมรสได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญอีกด้วย จาก การศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษา หรือการให้ความรู้ การสนับสนุนสามารถช่วยเหลือ ได้ทั้งในผู้ป่วยและคู่สมรส

สำหรับในประเทศไทยมีผู้ทดลองใช้การสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะซึมเศร้ากันอยู่บ้าง เช่นการศึกษาของ มาลัย แทนธานี (2527:91-94) ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมและรังไข่ ออกทั้ง 2 ข้าง ที่ไม่ได้เป็นโรคมะเร็งจำนวน 28 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยให้ความใกล้เคียงกันในเรื่อง ระดับการศึกษา อายุ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ในกลุ่มทดลองผู้ทำการศึกษาสอนผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดจนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน วัดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด และ 4-6 สัปดาห์หลังผ่าตัด โดยใช้แบบวัดภาวะความซึมเศร้าของซุง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผน มีความรู้สึกลดซึมเศร้ามามากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุนรรณี สุ่มเล็ก (2527: ข, 162) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งจำนวน 30 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้ทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะของโรค ลักษณะการแพร่กระจายโรคที่เหมือนกัน และมีระดับความกลัว ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าที่เหมือนกัน ในกลุ่มทดลองผู้ทำการศึกษาให้การพยาบาลตามคู่มือการพยาบาลที่สร้างขึ้น ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีระดับความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ตามแบบแผนที่กำหนด ซึ่งร่วมกับการสนับสนุนผู้ป่วยสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลงได้

มโนทัศน์ของเรื่องเพศ

ความหมายและความสำคัญของเรื่องเพศ

เรื่องเพศเป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งตามธรรมชาติของมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกรูปทุกนาม เกิดมาพร้อมกับเพศ และเมื่อมีการเจริญเติบโตขึ้น การเจริญเติบโตทางเพศก็เป็นการเจริญเติบโตส่วนหนึ่งของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (สุชาติ โสมประยูร และ วรณี โสมประยูร 2525: 1) เรื่องเพศของมนุษย์ไม่สามารถแยกออกจากการแสดงออกทางด้านร่างกายได้ เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่แสดงออกอย่างมีอำนาจและจุดมุ่งหมาย ในการดำรงชีวิตทุกวันและสามารถนำมาซึ่งความพึงพอใจ รวมทั้งสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในทางที่ดีงาม (Fonseca 1970: 25) ส่วน ฟิชเชอร์ (Fisher 1985: 87) กล่าวถึงเรื่องเพศว่าเป็นส่วนที่ซับซ้อนอยู่ในบุคลิกภาพของความเป็นชายหญิง และแสดงความเป็นตัวของตัวเองที่แตกต่างกัน แม้การตอบสนองทางด้านร่างกายจะคล้ายคลึงกัน แต่ทางด้านจิตสังคมแล้วเรื่องเพศเปลี่ยนแปลงได้อย่างมาก เนื่องจากความแตกต่างกันของสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์รวมทั้ง

ยังเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ ความเชื่อมั่นในตนเอง วัฒนธรรมในแต่ละครอบครัว ศาสนา ประสบการณ์ทางเพศ ความปรองดองกันของคู่สมรส และรวมถึงความสามารถในการปรับตัวอีกด้วย สิ่งดังกล่าวเป็นเพียงปัจจัยเล็กน้อยเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ

เคอร์เคนดอลล์ (Kirkendall 1960) กล่าวถึงเรื่องเพศซึ่งสรุปแยกออกเป็น 5 ข้อ คือ (สุชาติ โสภประยุทธ และวราณี โสภประยุทธ 2525: 1)

1. เรื่องเพศเป็นแรงผลักดันที่สำคัญ ทำให้คนเกิดความปรารถนาที่จะประสบความสำเร็จ และสามารถกระทำหรือแสดงพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ ให้บรรลุผลที่ตั้งใจไว้ได้
2. เรื่องเพศเป็นแรงกระตุ้น หรือเป็นเครื่องเร้าใจอันทรงพลัง ทำให้เพศหญิงและเพศชายเกิดความสนใจซึ่งกันและกัน ให้การประกอบกิจกรรมต่างๆ เป็นไปได้อย่างราบรื่น
3. เรื่องเพศเป็นสิ่งที่สามารถกำหนด บทบาท กิริยาท่าทาง ลักษณะของการดำเนินชีวิต นอกเหนือไปจากการแบ่งมนุษย์ออกเป็นเพศชาย และเพศหญิง
4. เรื่องเพศเป็นธรรมชาติที่แฝงอยู่ในร่างกายและจิตใจของคนเราอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะแสดงบทบาทสำคัญที่สุดที่เห็นได้ในชีวิตรัก และการครองเรือน
5. เรื่องเพศบันดาลให้ชีวิตมีความต่อเนื่องกัน โดยกระบวนการสืบพันธุ์

นอกจากนี้เรื่องเพศยังมิได้จัดเข้าไว้ในความต้องการขั้นพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) โดยจัดไว้รองจากความต้องการทางด้านร่างกาย หรือความต้องการเพื่อการดำรงชีวิต ในขณะที่ร่างกายมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ความต้องการในเรื่องเพศจะไม่เด่นชัด แต่ความต้องการดังกล่าวก็ไม่ได้สูญหายไปไหน (Luckmann & Sorensen 1986: 7, 118-119) และไม่สามารถทิ้งเรื่องเพศไว้ที่บ้านได้ เมื่อต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นคนป่วย (Smith 1989: 10)

เรื่องเพศจึงเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์อยู่ตลอดเวลาโดยไม่สามารถแยกออกได้เป็นส่วนรวมในเรื่องของคุณค่า ความเชื่อ บุคลิกภาพ รูปแบบของการมีสัมพันธภาพและการแสดงออกของแต่ละบุคคล (Burkhalter 1978: 250) แลมป์ และวูดส์ (Lamb & Woods 1981: 137) สรุปความหมายของความสมบูรณ์ทางเพศ (sexual health) ซึ่งองค์การอนามัยโลก

(The World Health Organization 1975) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการผสมผสานกันทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคม ของเพศที่เป็นอยู่ โดยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนในเรื่องของบุคลิกภาพ ความคิด ความรู้สึก และความรักในทางที่ดีงาม

จะเห็นได้ว่าสำหรับคนปกติเรื่องเพศ เป็นสิ่งทับซ้อนระหว่างทางด้านชีวภาพ ความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง (sense of self) และการเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น แต่ความหมายในเรื่องเพศของผู้ป่วยโรคมะเร็งยังมีความหมายมากไปกว่านั้น กล่าวคือ เรื่องเพศ และการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความหมายแสดงถึง ความเป็นมนุษย์และการมีชีวิตอยู่ บางครั้งความสม่ำเสมอในเรื่องเพศของผู้สมรสอาจหมายถึงการยอมรับ ซึ่งมีความสำคัญในการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีความพิการหรือมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย นอกจากนี้ความใกล้ชิดกันระหว่างคู่สมรสอาจช่วยลดความกลัว และช่วยเพิ่มความอดทนต่อการรักษาได้อีกด้วย (Lamb & Woods 1981: 137) ดังนั้น โรคมะเร็งและการรักษาใดๆ ก็ไม่สามารถทำลายหรือลดความสำคัญของเรื่องเพศที่มีต่อมนุษย์ได้ (Smith 1989: 10) จากการที่เรื่องเพศเกี่ยวข้องกับมนุษย์อย่างลึกซึ้งนี้ บางท่านได้ให้ข้อสรุปถึงความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องเพศไว้ว่า ความสุขของบุคคลความสำเร็จของสมาชิกในครอบครัวและความสามารถในการช่วยเหลือสังคม ย่อมขึ้นอยู่กับความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของการปรับตัวทางเพศ รวมทั้งการแสดงบทบาททางเพศที่ถูกต้องและเหมาะสมของบุคคลนั้นๆ (สุชาติ โสภประยุทธ และวราณี โสภประยุทธ 2525: 5)

การพัฒนาการทางเพศ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตอบสนองทางเพศ

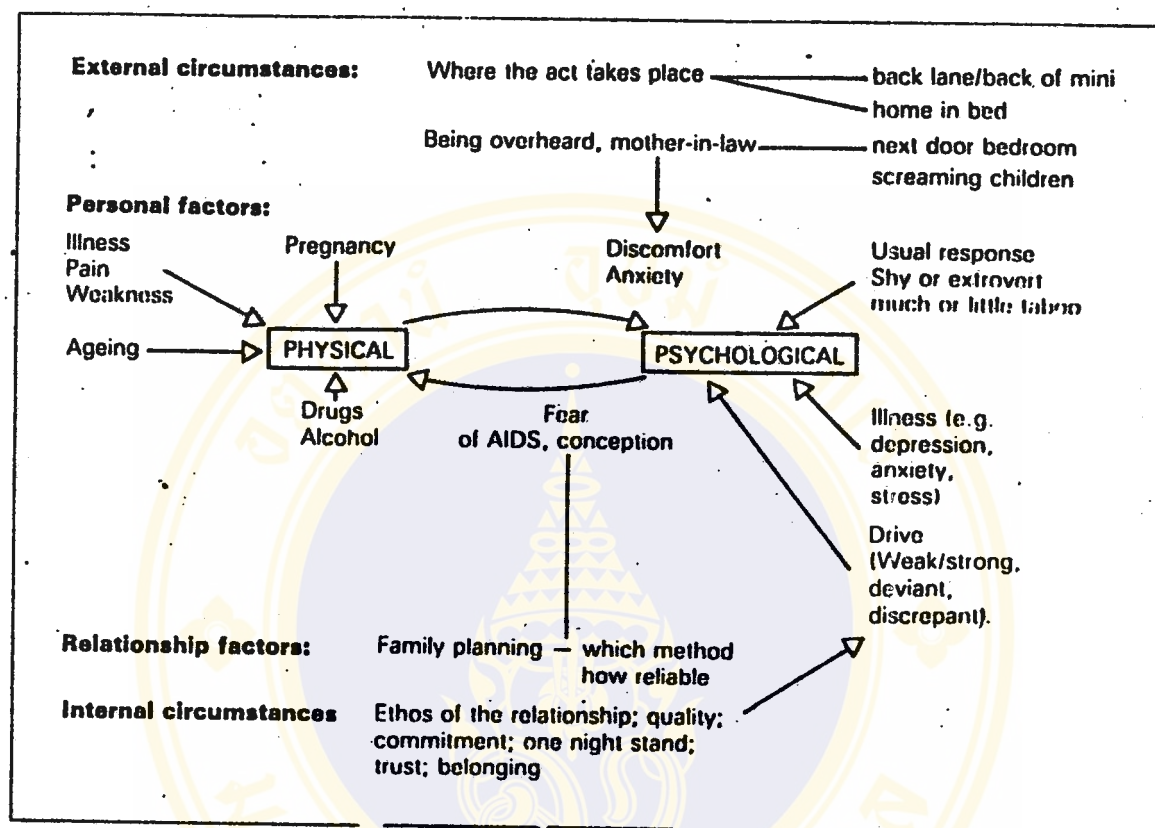
เรื่องเพศในมนุษย์นั้นเป็นสิ่งที่แสดงออกตั้งแต่เกิดจนตาย แยกออกจากความเป็นบุคคลไม่ได้ (Lion 1982: 8) การพัฒนาการทางเพศจึงเริ่มมีตั้งแต่แรกเกิดและเป็นไปอย่างต่อเนื่องจนถึงวัยสูงอายุ โดยบุคคลจะสร้างรูปแบบการแสดงออกในเรื่องเพศ ให้ตรงกับตนเอง สังคม วัฒนธรรมและความคาดหวัง (เอนก อารีพรรค และสุวิทนา อารีพรรค 2525: 90-93; Burkhalter 1978: 250-251) นอกจากนี้ในวัยที่แตกต่างกัน ความสนใจทางเพศ การพัฒนาการในเรื่องเพศ ก็มีความเปลี่ยนแปลงไปตามวัย สำหรับสตรีในวัยหมดประจำเดือนจะมีการปฏิบัติทางเพศในแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ สภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากฮอร์โมนเพศคือ เอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรนลดลง ทำให้มีอาการหงุดหงิด อ่อนไหวง่าย และอาจมีผลกระทบต่อความต้องการทางเพศอีกด้วย (เอนก อารีพรรค และสุวิทนา อารีพรรค 2525: 94-96, 146; Woods 1975: 50-51) ความสนใจและการตอบสนองทางเพศของบุคคลจึงขึ้น

อยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ สภาพจิตใจ ความสมบูรณ์ของร่างกาย และการเรียนรู้ หรือ ประสบการณ์ทางเพศ ซึ่งสำหรับเพศหญิงแล้วการเรียนรู้และประสบการณ์ทางเพศมีอิทธิพลที่สำคัญต่อความสนใจ และการตอบสนองทางเพศ ขณะที่เพศชายความสมบูรณ์ของร่างกายมีอิทธิพลที่สำคัญมากกว่า (เอนก อารีพรรค และสุวิทนา อารีพรรค 2525: 147)

แมนเชสเตอร์เตอร์ (Manchester 1987: 698) ได้สรุปปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตอบสนองทางเพศไว้ 4 ปัจจัยใหญ่ๆ ได้แก่

1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายนอก (external circumstance) ได้แก่ สถานที่ที่แตกต่างกัน ความไม่มิดชิด ความไม่สะดวกสบาย ความวิตกกังวล เป็นต้น
2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับบุคคล (personal factors) ได้แก่ ความเจ็บป่วย เจ็บปวด อ่อนเพลีย สูงอายุ การตั้งครรภ์ การรับประทานยาบางชนิดหรือแอลกอฮอล์ เป็นต้น
3. ปัจจัยที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพ (relationship factors) ได้แก่ การวางแผนครอบครัว วิธีการคุมกำเนิดและความมั่นใจในวิธีดังกล่าว ความกลัวโรคเอดส์ กลัวการตั้งครรภ์ เป็นต้น
4. ปัจจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายใน (internal circumstances) ได้แก่ ความเชื่อในสัมพันธภาพ ข้อผูกมัด การให้ความเชื่อถือ ความเป็นเจ้าของ รวมทั้งแรงขับทางเพศ และความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เป็นต้น

ปัจจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ระหว่างร่างกายและจิตใจที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการตอบสนองทางเพศได้อย่างชัดเจน ดังภาพที่ 3 ซึ่งพอสรุปได้ว่า ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ย่อมมีผลเกี่ยวโยงกันและกัน รวมทั้งสามารถส่งผลกระทบต่อการตอบสนองทางเพศตามปกติได้



ภาพที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองทางเพศ
ที่มา : Manchester 1987: 698

การปรับตัวทางเพศ

เนื่องจากเรื่องเพศของมนุษย์มีการพัฒนาการขึ้นพื้นฐานตามวัย ตั้งแต่เกิดจนถึงวัยชรา ดังกล่าวข้างต้น บุคคลจึงมีการเปลี่ยนแปลง และมีการปรับตัวทางเพศให้เหมาะสม ในแต่ละระยะของชีวิตอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระยะชีวิตสมรสนั้นการปรับตัวในเรื่องเพศ พฤติกรรมทางเพศระหว่างคู่สามีภรรยา เป็นสิ่งสำคัญเรื่องหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตคู่ร่วมกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคนอื่นๆ 2530: 188) นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และวันทนี วาสิกะสิน (2529: 76) ให้ความหมายของการปรับตัวในเรื่องเพศหรือการปรับตัวทางเพศ (sexual adjustment) ว่าหมายถึงการมีความสุขในเรื่องเพศของคู่สมรสทั้งสองฝ่าย กล่าวคือ การมีความสุขสัมพันธ์ทางเพศนั้น ต้องเป็นไปตามความต้องการของทั้งสองฝ่าย และเมื่อใดก็ตามที่สภาพร่างกาย หรือจิตใจเปลี่ยนไปเมื่อนั้นก็จะต้องมีการปรับตัวใหม่อีก (สมาคมเคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย 2518: 152)

การปรับตัวทางเพศ จึงเป็นการปรับตัวของคู่สมรส เพื่อให้ความสัมพันธ์ทางเพศของทั้งสองฝ่ายสามารถสร้างความพึงพอใจซึ่งกันและกันนั่นเอง และบางครั้งอาจจำเป็นต้องใช้ความอดทน หรือใช้เวลาในการปรับตัวซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละคู่ ในคู่สมรสบางคู่ การปรับตัวทางเพศไม่สามารถกระทำสำเร็จ ก็อาจมีความสุขจากการได้อยู่ร่วมกัน หรือมีความสัมพันธ์ในด้านอื่นๆ ที่ดีทดแทนกันก็อาจเป็นไปได้ และสาเหตุของการไม่สามารถปรับตัวทางเพศให้ดีขึ้นได้นั้น อาจเกิดจากความผิดปกติของร่างกายฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือเกิดจากการขาดความรู้ทางด้านจิตวิทยา หรือชีววิทยาในเรื่องเพศก็อาจเป็นได้ (สมาคมเคหเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย 2518: 152-153) ลาเฮย์ และซิมีเนโร (Lahey & Ciminero 1980: 515) กล่าวว่า มีหลายงานวิจัยที่พบว่าปัญหาทางเพศมักเกิดจากปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคม ปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความผิดปกติในเรื่องเพศ (sexual dysfunction) ได้แก่ ประสบการณ์จากการเรียนรู้ (learning experiences) ที่เป็นการเรียนรู้โดยตรงซึ่งทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางลบต่อพฤติกรรมทางเพศ เช่นความวิตกกังวล ความกลัว หรือความรังเกียจพฤติกรรมทางเพศ (sexual behavior) เป็นต้น ปัจจัยอีกอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญเช่นกัน คือความเชื่อเกี่ยวกับทางด้านศาสนาและวัฒนธรรม ซึ่งเป็นการเรียนรู้โดยอ้อม เป็นการเรียนรู้พร้อมๆ กับการเติบโตขึ้น ถ้ามองเรื่องเพศในทางลบก็อาจทำให้มีความผิดปกติในเรื่องเพศได้เช่นกัน ดังนั้น การเรียนรู้จึงมีบทบาทสำคัญ ทำให้ความผิดปกติในเรื่องเพศเกิดขึ้นได้และน่าจะมีผลต่อการปรับตัวทางเพศได้ เช่นเดียวกัน การปรับตัวทางเพศที่ทำไม่ได้ดีหรือไม่ประสบความสำเร็จจึงน่าจะเกิด

จากความผิดปกติทางด้านร่างกาย การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศ และจากการมีความเชื่อผิดๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ

ปัจจัยที่จะช่วยให้คู่สมรสปรับตัวทางเพศได้ดี (นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และวันทนี วาลิกะสิน 2529: 76-77) ได้แก่

1. การมีความรู้ความเข้าใจ และค่านิยมที่ถูกต้องในเรื่องเพศ จำเป็นที่คู่สมรสจะต้องเรียนรู้ปัญหาทางด้านอารมณ์ และจิตใจของฝ่ายตรงข้าม เพื่อให้เกิดการยอมรับและความเข้าใจที่ดีต่อกัน
2. ความสามารถติดต่อสื่อสารกันได้ในเรื่องเพศ หรือสามารถพูดคุยกันได้ ในเรื่องกิจกรรมทางเพศระหว่างสามีภรรยา
3. รู้จักใช้บริการหรือวิธีการคุมกำเนิด ซึ่งจะช่วยทำให้การปรับตัวทางเพศของคู่สมรสเป็นไปได้ด้วยดี โดยเกิดความเชื่อมั่นและไม่เกิดความกังวลใจในเรื่องการตั้งครรภ์ขณะที่ยังไม่พร้อมหรือไม่ต้องการ

ปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวทางเพศ และปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์นั้นเป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และมักนำไปสู่อัตราการหย่าร้างที่สูงขึ้น (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคนอื่นๆ 2530: 188) ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรสที่ใช้ชีวิตตามปกติ หรือคู่สมรสที่มีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การส่งเสริมให้มีการปรับตัวทางเพศในทางที่ดีของคู่สมรส จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะคู่สมรสที่อาจคาดได้ว่า น่าจะมีการเปลี่ยนแปลงการปรับตัวทางเพศหรือมีปัญหาทางเพศเกิดขึ้น เช่น มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มีผลทางด้านจิตใจ (Hughes 1987: 467) เป็นต้น

ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ก็นับเป็นบุคคลหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ จากการศึกษาหลายๆ การศึกษาซึ่งได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น พบว่า ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องเพศหรือการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วย (Bard & Sutherland 1955: 668; Graf 1977: 103-106; Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 434-435; Maguire et al. 1978: 963-964; Morris, Greer & White 1977: 2384; Woods & Earp 1978: 283) และสามี (Wellisch, Jamison & Pasnau 1978: 544)

การเปลี่ยนแปลงของการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกนั้น เกิดเนื่องจากการรับรู้เกี่ยวกับความพิการหรือความไม่น่าดูที่เกิดจากการผ่าตัดของตนเอง และอาจคาดว่าได้รับการยอมรับจากสังคมน้อยลง เป็นผลให้ผู้ป่วยแยกตนเองออกจากสังคมหรือการทำงาน (Woods 1984: 346) รวมทั้งจะตอบสนองเกี่ยวกับเรื่องเพศของตน เช่นเดียวกับคนพิการ จะทำให้ภาพลักษณ์โดยรวมของผู้หญิงถูกทำลายลง (Osborne 1982: 403) การปรับตัวได้ไม่ดี (maladaptation) ทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเต้านมออก อาจมีผลให้ผู้ป่วยรู้สึกตัวตนเองถูกปฏิเสธ เรื่องเพศถูกทำลายไป และเกิดภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกดังกล่าวทำให้รู้สึกคุณค่าของตนเองลดน้อยลง สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ยาก ทำให้กิจกรรมทางเพศลดน้อยลง นอกจากนี้มีผลเป็นบริเวณที่นำกระบวนการทางประสาทประเล้าประโลม (process of arousal) รวมทั้งการถึงจุดสุดยอด (orgasmic) และจะมีผลต่อความพึงพอใจในเรื่องเพศ (sexual pleasure) เนื่องจากผู้ป่วยมีความกังวลว่ารูปร่างลักษณะจะไม่เป็นที่ดึงดูดใจคู่สมรส จากการรับรู้ดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่สมรส หรือคิดว่าคู่สมรสพยายามที่จะปฏิเสธตนเองไม่ว่าจะตั้งใจหรือไม่ก็ตาม (Woods 1975: 149)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะมีผลทำให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ซึ่งจะสามารถปรับตัวทางเพศได้ดีมาน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ได้มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศในช่วงก่อนผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดจะมีความเชื่อมั่นในตัวคู่สมรส และรับรู้ว่าคุณสมรสจะมีความเข้าใจในตนเอง รวมทั้งคนที่มีการปรับทางเพศดีในช่วงก่อนผ่าตัด จะมีปัญหาในการปรับตัวทางเพศภายหลังการผ่าตัด น้อยกว่าผู้ที่มีปัญหาทางเพศอยู่ก่อนแล้ว (Bard & Sutherland 1955: 669; Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 435; Woods 1984: 346) บางคนอาจจะใช้เรื่องความเจ็บป่วยเป็นเหตุยุติการมีกิจกรรมทางเพศระหว่างคู่สมรส (MacElveen-Hoehn 1986: 186) นอกจากนี้ถ้าพบว่ามีปัญหาในเรื่องการปรับตัวทางเพศในระยะสั้นๆ ภายหลังการผ่าตัดก็อาจมีผลต่อเนื่องในระยะยาวได้ (Morris, Greer & White 1977: 2384)

การปรับตัวทางเพศยังมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆ อีกได้แก่ อายุ จากหลายๆ การศึกษาพบว่าในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี จะมีปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงต่อการปรับตัวทางเพศมากกว่าคนอายุมาก (Graf 1977: 83-84, 106; Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 434; Kriss 1981: 188; Renneker & Cutler 1952: 835) แต่บางการศึกษา ก็พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์ทางเพศน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมาก และ

พบว่า การให้ความสำคัญของความสัมพันธ์ทางเพศ มีความสัมพันธ์กับความบ่อยของการร่วมเพศ โดยอธิบายว่า คุณภาพของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวทางเพศ อีกด้วย (Woods & Earp 1978: 284) ดังนั้นในเรื่องของอายุ ต่อการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก จึงยังไม่อาจสรุปได้ คงจะต้องมีการศึกษาต่อไป ส่วนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีผลต่อการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก เช่นเดียวกับการปรับตัวทางเพศของบุคคลโดยทั่วไปดังกล่าวแล้วข้างต้น

สำหรับคู่สมรสของผู้ป่วยนั้น แผลผ่าตัดอาจมีผลทางด้านจิตใจได้ เช่นเดียวกับผู้ป่วย คู่สมรสบางคนเมื่อเห็นบาดแผลครั้งแรกอาจตกใจ หรือรู้สึกรังเกียจต่อลักษณะของบาดแผลผ่าตัด เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามในเรื่องความพึงพอใจในเรื่องเพศ เกิดความวิตกกังวล และละเลยต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้น ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือและถ้าความรู้สึกดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น คู่สมรสอาจแยกตัวเองออกจากการมีความสัมพันธ์ทางเพศโดยไม่รู้ตัว ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองถูกปฏิเสธ (Woods 1975: 150; 1984: 346)

คู่สมรสของผู้ป่วยบางคนอาจเกิดความไม่แน่ใจที่จะร่วมเพศกับภรรยา เนื่องจากกลัวจะทำให้ภรรยาเกิดความเจ็บปวดบริเวณบาดแผล บางคนกลัวว่าจะติดเชื้อโรคมะเร็งจากภรรยา หรือกลัวว่าจะได้รับกัมมันตภาพรังสีจากการได้รับรังสีรักษา (MacElveen-Hoehn 1986: 193) ซึ่งความเชื่อ หรือความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ก็สามารถสร้างปัญหาในการปรับตัวทางเพศระหว่างคู่สมรสได้ วิทกิน (Witkin 1979: 65-97) ได้รวบรวมความเชื่อหรือความเข้าใจผิดของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกและสามีเอาไว้ รวมทั้งเขียนถึงความเป็นจริงที่ถูกต้องเอาไว้ด้วย และกล่าวว่า การผ่าตัดเต้านมออกไม่มีผลกระทบใดๆ ทางด้านร่างกายของผู้หญิงเกี่ยวกับการปฏิบัติทางเพศ (sexual functioning) และไม่มีผลต่อการตอบสนองในเรื่องเพศของฝ่ายชาย แต่ความเข้าใจผิดที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเต้านมออก มักทำให้เกิดปัญหาทางเพศที่เกิดจากจิตใจได้ (psychosexual problem)

ปัญหาในการปรับตัวทางเพศของทั้งผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก และสามีจึงเป็นผลจากด้านจิตใจมากกว่าร่างกาย ที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยกันทั้งสองฝ่าย โดยเชื่อว่าถ้าคู่สมรสของผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ โดยได้พูดถึงความรู้สึกของตนเอง ความเชื่อ รวมทั้งความกลัวที่ไม่มีเหตุผล จะสามารถช่วยลดปัญหาในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (marital relationship) ลงได้ (Woods 1984: 346) ขณะเดียวกันถ้าคู่สมรสของผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในเรื่อง

การดูแล เอาใจใส่ การให้ความเชื่อมั่นในเรื่องของความรักที่มีต่อภรรยา ก็จะสามารถช่วยลดความกังวลใจของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก ที่มีต่อคู่สมรสได้เช่นกัน (Renneker & Cutler 1952: 835) ซึ่งคริส (Kriss 1981: 188-189) กล่าวว่า ผู้ป่วยหลายคนเชื่อว่าคู่สมรสจะสามารถช่วยฟื้นฟูในเรื่องเพศทั้งหมดได้ ซึ่งในความเป็นจริงคู่สมรส ก็ต้องการได้รับความช่วยเหลือเช่นเดียวกัน ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือในเรื่องการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยจึงควรทำไปพร้อมๆ กันระหว่างสามีและภรรยา เพื่อให้เกิดผลต่อเนื่อง หรือเชื่อมโยงซึ่งกันและกันได้

บทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้และการสนับสนุน

การผ่าตัดเต้านมออก เป็นการผ่าตัดที่ไม่เพียงแต่คุกคามในเรื่องเส้นทางเพศเท่านั้น ยังมีผลต่อการปฏิบัติในเรื่องเพศอีกด้วย (Zalar 1982: 354) รวมทั้งมีผลรบกวนผู้ป่วยในเรื่องการรับรู้บทบาทตนเองในการเป็นคู่สมรส และพฤติกรรมทางเพศโดยลดความต้องการในเรื่องเพศ (decrease libido) รวมทั้งลดจำนวนครั้งของการร่วมเพศลง (Krumm 1982: 732) ปัญหาต่างๆ ในเรื่องเพศอาจเกิดจากความกลัว หรือความวิตกกังวลอันเกิดจากความรู้สึกว่าถูกคุกคามในเรื่องเส้นทางเพศ ความมีคุณค่าของตนเอง (self-worth) หรือเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง รวมทั้งความกลัวอันเกิดจากการขาดความรู้ เช่นการมีความสัมพันธ์ทางเพศอาจทำให้สูญเสียพลังงาน กลัวการติดเชื้อมะเร็ง กลัวว่าจะทำให้คู่สมรสเจ็บปวดทรมานบาดแผล (Ayres & Nishimoto 1981: 61) หรืออาจเกิดจากความเชื่อผิดๆ เช่น หญิงที่ตัดเต้านมออกจะ ไม่เป็นที่สนใจของคู่สมรสอีกต่อไป แผลผ่าตัดน่ารังเกียจสำหรับคู่สมรส หลังผ่าตัดเรื่องเพศของผู้หญิงถูกทำให้สิ้นสุดลง และอื่นๆ (Witkin 1979: 65-79) สิ่งเหล่านี้พยาบาลสามารถช่วยเหลือได้โดยการยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือ และสนับสนุนในขณะที่มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ซึ่งพยาบาลอาจพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจขาดการยอมรับ หรือมีความรู้สึกว่เรื่องเพศของตนเองขาดหายไป หรือไม่เพียงพอ (inadequacy) (Zalar 1982: 354)

มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยและคู่สมรส มีปัญหาหรือความกังวลใจในเรื่องเพศที่ต้องการสนทนากับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ แต่ไม่สามารถเริ่มต้นพูดขึ้นก่อน เพราะเห็นว่าเจ้าหน้าที่มีงานยุ่ง บางคนแปลความหมายว่ที่เจ้าหน้าที่ไม่พูดแสดงว่าเรื่องเพศในชีวิตของเขาสิ้นสุดลง

แล้ว (Smith 1989: 11) เช่นเดียวกับการศึกษาของ กรอฟ (Graf 1977: 89-90) พบว่า ผู้ป่วยบางรายวิจารณ์ว่าการที่พยาบาลไม่ซักถามหรือให้ความรู้ในเรื่องเพศ ทำให้ผู้ป่วยตั้งครมร์ ภายหลังการรักษาในเวลาต่อมา ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะโรคของผู้ป่วยได้ (Giuliano 1985: 264)

ดังนั้น เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ จึงควรให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศโดยจัดให้เป็น ส่วนหนึ่งในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเกี่ยวกับความกังวลใจและ ตอบคำถามในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศได้รับการยอมรับว่าเป็น มาตรฐานการดูแลอย่างมีคุณภาพ (quality care) และเป็นสิทธิของผู้ป่วยตามกฎหมายที่จะได้ รับความรู้ดังกล่าว (Smith 1989: 11) นอกจากนี้การให้ความรู้ จะเป็นตัวประสานใน การประเมินผลกระทบต่อเรื่องเพศของผู้ป่วยที่แท้จริง ส่วนการสนับสนุนจะช่วยผู้ป่วยในกรณีที่แรง ขั้นทางเพศลดลงเนื่องจากปฏิกิริยาของภาวะซึมเศร้า (Fedak 1981: 260-261) ซึ่งการให้ ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดถึงความกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ และความกังวลเกี่ยวกับเรื่องเพศถือว่าเป็น ส่วนหนึ่งของการให้การดูแลรักษานุคคลทั้งคน (holistic treatment) (Wood & Tombrink 1983: 53)

การให้คำปรึกษาในเรื่องเพศ (sexual counseling) ไม่สามารถแยกออกจากการ ฟื้นฟูทางด้านจิตได้ และการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกนั้นคู่สมรสจำเป็นต้องมีส่วน ร่วมด้วย ซึ่งถ้าจะให้มีประสิทธิภาพแล้วก็ควรสนใจสิ่งที่คู่สมรสต้องการทราบ เช่น ความรู้เกี่ยวกับ เรื่องโรค ความจำเป็นของการมีสัมพันธ์ภาพ เช่นการสนทนา (communication) และการให้ ความเชื่อมั่น (reassurance) (The Lancet 1984: 432; Zalar 1982: 354) สำหรับการ ให้คำปรึกษาในเรื่องเพศนั้น แฟรงค์ (Frank 1981: 64) กล่าวว่าเป็นส่วนหนึ่งของการ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย พยาบาลไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญที่จะให้คำปรึกษาในเรื่องเพศ หรือผู้ให้ การรักษาในเรื่องเพศ (sex therapy) โดยเฉพาะถ้าคู่สมรสเลือกที่จะพูดถึงความกังวลใน เรื่องเพศของเขากับพยาบาล (MacElveen-Hoehn 1986: 195) และสมิธ (Smith 1989: 14) กล่าวว่า การฟื้นฟูในเรื่องเพศไม่จำเป็นต้องใช้เวลามาก การสนทนาโดยการให้ข้อมูลที่ เป็นความจริงกับผู้ป่วย สนใจฟังผู้ป่วยพูดถึงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับโรคมะเร็งและเรื่อง เพศเท่านั้นที่เป็นสิ่งจำเป็น

รูปแบบและบทบาทของพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับเรื่องเพศ

มีผู้กล่าวถึงระดับของการให้คำปรึกษาเรื่องเพศ ในรูปแบบของแอนนอน (Annon, 1974) เอาไว้มาก (Brunner & Suddarth 1984: 215; MacElveen-Hoehn 1986: 195; Rutherford 1988: 247-248; Smith 1989: 14; Zalar 1982: 355) ซึ่งรูปแบบการให้คำปรึกษานี้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ เรียกว่ารูปแบบพลิสสิท (PLISSIT Model) ได้แก่

1. การเปิดโอกาส (permission) ให้ผู้ป่วยได้ระบายความกังวลเกี่ยวกับเรื่องเพศ สนับสนุนให้มีการสนทนาเกี่ยวกับผลกระทบของโรค และการรักษาต่อเรื่องเพศ พยาบาลให้ความเชื่อมั่นว่าการที่ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความกังวลในเรื่องเพศเป็นสิ่งปกติ สนับสนุนให้มีความสัมพันธ์ทางเพศเหมือนปกติ
2. ให้ความรู้ที่เป็นเรื่องเฉพาะ (limited information) เกี่ยวกับเรื่องโรค และการรักษาที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติทางเพศ ให้ความรู้แก่คู่สมรสที่ต้องการข้อมูลที่เฉพาะในเรื่องที่วิตกกังวล ทั้งความเชื่อ และความเข้าใจผิดในเรื่องเพศ
3. การให้คำแนะนำโดยเฉพาะ (specific suggestions) พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะบางส่วน สำหรับการให้ความรู้และการเปลี่ยนแปลงวิธีในการแสดงออกในเรื่องเพศ (sexual expression) ให้การช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหามากกว่าการสนับสนุนและให้ข้อมูล โดยเฉพาะปัญหาที่มีความยุ่งยากในเรื่องเพศ
4. การให้การรักษาดูแลอย่างใกล้ชิด (intensive therapy) เหมาะสำหรับคู่สมรสที่มีปัญหาทางเพศเป็นเวลานาน และมีผลกระทบต่อนิสิตสมรส บทบาทของพยาบาลในระดับนี้ช่วยได้โดย การส่งต่อ (referral) ผู้ป่วยไปหาผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งอาจเป็น พยาบาล นักสังคม-วิทยานักจิตวิทยา และผู้ให้การรักษาในเรื่องเพศ (sex therapist)

ในรูปแบบพลิสสิทนั้น พยาบาลสามารถมีบทบาทอยู่ด้วยทุกระดับ (Zalar 1982: 355) และปัญหาทางเพศร้อยละ 70 สามารถจัดการได้ในระดับที่ 1 ของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบพลิสสิท โดยการเปิดโอกาสให้พูดถึงความกังวลในเรื่องเพศ และความกังวลใจ ในระดับนี้ทำได้ทั้งในโรงพยาบาล คลินิก หรือสำนักงานโดยใช้เวลาไม่นานนัก (Smith 1989: 14)

นอกจากนี้ยังมีรูปแบบของ มิมส์และสเวนสัน (Mims and Swenson Sexual Health Model) เป็นการพัฒนามาจากรูปแบบพลิสสิทของแอนนอน เป็นกรอบที่ใช้ในการประเมิน

ตนเอง และผู้ป่วย สำหรับการพยาบาลรวมทั้งการวางแผนการให้ความรู้ซึ่งเป็นการออกแบบเพื่อให้พยาบาลใช้โดยเฉพาะแบ่งออกเป็น 4 ระดับเช่นกัน (Mims & Swenson 1980: 3-9) ได้แก่

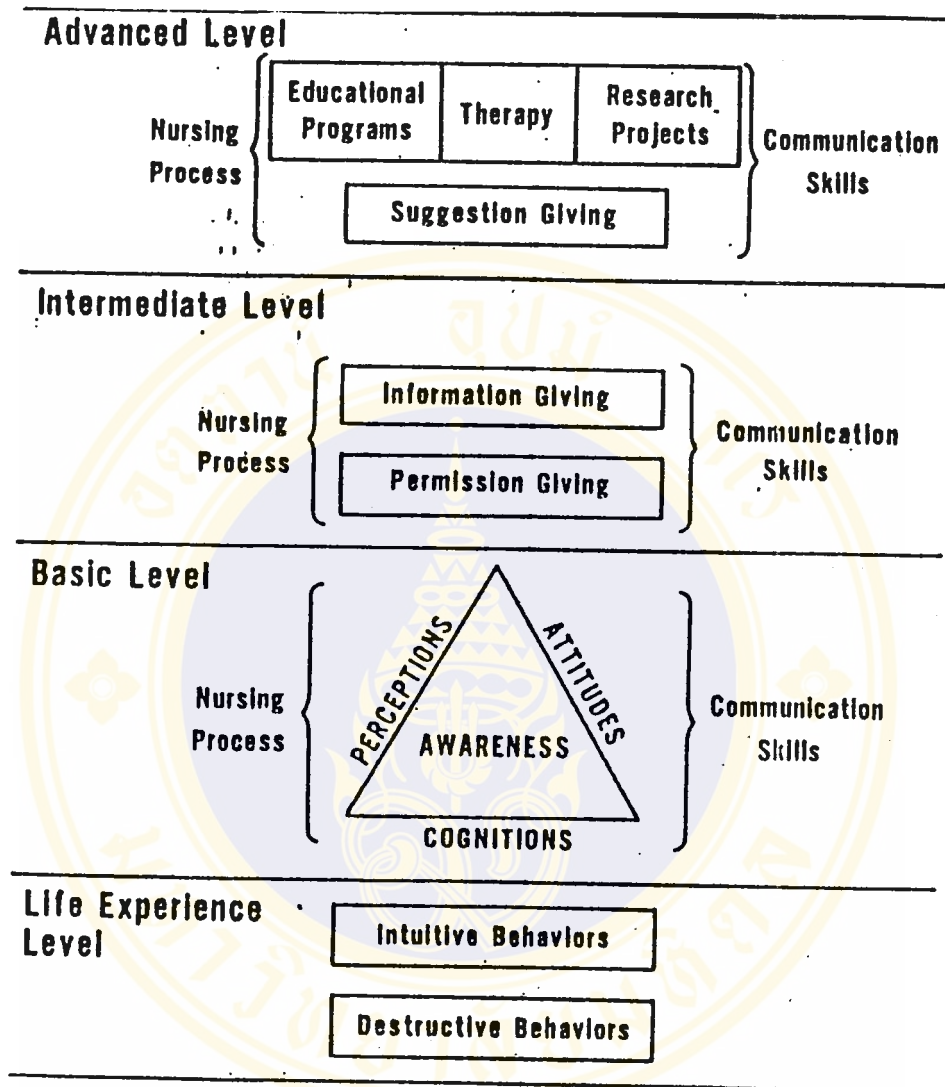
1. ระดับประสบการณ์ในชีวิต (life experience) เป็นทั้งพฤติกรรมด้านทำลาย (destructive) และการช่วยเหลือตามสัญชาตญาณ (intuitive) เกิดจากประสบการณ์ในสังคมที่สะสมมาตั้งแต่อายุน้อย ยังมีความสับสนในเรื่องเพศ ทั้งความเชื่อ และพฤติกรรมที่เลียนแบบกัน

2. ระดับพื้นฐาน (basic level) เป็นขั้นของความรู้ความเข้าใจ (awareness) ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ (perception) ที่สับสน และการเรียนรู้ (cognitions) ในระดับนี้พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับคุณค่า ความกังวลใจ และประสบการณ์ของตนเอง ก่อนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเป็นขั้นแรกของการเรียนรู้ การฝึกฝน และการสอนทางการพยาบาล

3. ระดับปานกลาง (intermediate level) เกี่ยวข้องกับทักษะในการติดต่อสื่อสาร โดยการเปิดโอกาสให้สนทนา (permission) และการให้ความรู้ การเปิดโอกาสให้สนทนาอาจเริ่มด้วยการซักประวัติหรือเมื่อทราบว่าผู้ป่วยมีความกังวลในเรื่องเพศ นอกจากนั้นจะต้องมีการให้ความรู้ด้วย เพราะถ้าปราศจากการให้ความรู้ความผิดปกติในเรื่องเพศอย่างชั่วคราวอาจเปลี่ยนเป็นระยะยาวและยากที่จะแก้ไขได้

4. ระดับสูง (advanced level) เกี่ยวข้องกับการให้คำแนะนำ การรักษา โปรแกรมการให้ความรู้ หรืองานวิจัย คำแนะนำต้องการความรู้ที่เฉพาะต่อสภาวะทางเพศที่เป็นเรื่องเฉพาะ การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะเช่น เทคนิคบางอย่าง ทำของการร่วมเพศที่แตกต่างกัน การฝึกโดยเฉพาะรวมทั้งวิธีการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในความสุขที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ

การเลื่อนขั้นสู่ระดับที่สูงกว่าทำได้โดยการศึกษาให้มากขึ้น สำหรับหลักสูตรพื้นฐานที่เกี่ยวกับเรื่องเพศของมนุษยจะทำให้พยาบาลทำหน้าที่ได้ในระดับปานกลาง แต่ประสบการณ์ในคลินิกจะช่วยให้สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับความกังวลเรื่องเพศของผู้ป่วยที่ซับซ้อนได้ รูปแบบของมิมส์ และสเวนสัน ดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 รูปแบบการให้คำปรึกษาเรื่องเพศ หรือส่งเสริมความสมบูรณ์เพศ
ของมีมส์และสเวนสัน

ที่มา : Mims & Swenson 1980: 5

เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการให้ความช่วยเหลือดังกล่าว จะเห็นได้ว่า รูปแบบของ แอนนอน ไม่ได้ออกแบบสำหรับพยาบาลเพียงอย่างเดียว มีทีมสุขภาพกลุ่มอื่นๆ ด้วย แต่ในทุกระดับ พยาบาลก็สามารถทำได้ถ้าได้รับการฝึกหัดหรือมีความรู้เพิ่มเติม ส่วนของมิมส์และสเวนสันออกแบบสำหรับพยาบาลซึ่งเชื่อว่าพยาบาลสามารถช่วยผู้ป่วยได้ โดยการเปิดโอกาส (permission) และให้ข้อมูล โดยเฉพาะในแต่ละบุคคล (Zalar 1982: 355)

สำหรับในการศึกษาค้างนี้ จัดอยู่ในระดับของการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดเกี่ยวกับ ความกังวลในเรื่องเพศ หรือความกังวลอื่นๆ และการให้ข้อมูลเฉพาะในรูปแบบแอนนอน ส่วนรูปแบบของมิมส์และสเวนสัน ควรอยู่ในระดับกลางถึงระดับสูงเนื่องจากมีแผนแผนของการให้ความรู้ มีการให้คำแนะนำ และเป็นการศึกษาวิจัย นอกจากนี้ 2 รูปแบบของการให้คำปรึกษา เกี่ยวกับเรื่องเพศนั้นแล้ว ยังมีผู้เสนอแนะการให้การพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องเพศของผู้ป่วยผ่าตัด เต้านมออก หรือเป็นโรคมะเร็งเอาไว้มากมายได้แก่ เบอร์คาลเตอร์ (Burkhalter 1978: 249-274) กล่าวถึงผลกระทบต่อเรื่องเพศของผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆ และจากการผ่าตัด รวมทั้งบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแล ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ การรวบรวมข้อมูล การให้การพยาบาล (intervention) และการประเมินผล สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกเน้น การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ความเข้าใจ และความเห็นใจ (empathetic) ของคูนสมรสเป็นสิ่ง สำคัญ นอกจากนี้ปัญหาเกี่ยวกับความกลัวจะถูกปฏิเสธ ความรู้สึกไม่เพียงพอหรือขาดหายไป (inadequacy) การกลับไม่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และความรู้สึกสูญเสียอย่างมาก บางท่าน แนะนำว่าสามารถทำให้ระยะเวลาของการมีปัญหาดังกล่าวลดลง หรือแก้ไขได้โดยการให้ความรู้ คำปรึกษา และการสนับสนุน ทั้งจากคูนสมรส และจากพยาบาลผู้ให้การดูแล สำหรับการให้ความรู้ นั้น ไม่ใช่เป็นเพียงการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่ควรตระหนักถึงคุณค่า ความต้องการ และ สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย ซึ่งการให้ความรู้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ง่าย ขึ้น (Lamb & Woods 1981: 142)

แฟรงค์ (Frank 1981: 64) แบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ส่วน เช่นเดียวกับ ของเบอร์คาลเตอร์ แต่ต่างกันตรงหลังจากประเมินผลแล้วแนะนำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) และการสนทนา (discussion) โดยการตอบคำถามและให้ คำแนะนำที่มีประโยชน์ พร้อมทั้งให้แนวทางในการสนทนา 6 หัวข้อในแผนการดูแลเฉพาะผู้ป่วย ผ่าตัดเต้านมออก แฟรงค์มีความเห็นว่าพยาบาลไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องเพศ ก็สามารถให้คำปรึกษาในเรื่องเพศแก่ผู้ป่วยได้เพียงมีความรู้มากพอที่จะสนทนาในเรื่องเพศได้ด้วย

ความรู้สึกสงบและเป็นผู้รับฟังด้วยความเข้าใจและเห็นใจ เช่นเดียวกับ ไอยเรส และนิชิโมโต (Ayres & Nishimoto 1981: 59-63) ที่เห็นว่าผู้ให้การดูแลไม่จำเป็นต้องฝึกเป็นผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับเรื่องเพศ และอ้างถึงการพยาบาลในรูปแบบของเบอร์คาลเตอร์ โดยให้รายละเอียดในการให้การพยาบาลดังกล่าวว่า ประกอบด้วย การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา และการสนับสนุน รวมทั้งแนะนำแนวทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคมะเร็ง 12 ข้อ ส่วนการให้การสนับสนุนนั้น เป็นการสนับสนุนส่งเสริมเกี่ยวกับทัศนคติ การยอมรับ และการเอาใจใส่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศของผู้ป่วย ซึ่งการให้การสนับสนุนเฉพาะบุคคล เป็นสิ่งสำคัญในระยะวันแรกๆ หรือเดือนแรกๆ ที่มีปฏิกิริยาจากความเครียด (Schwartz 1977: 278) นอกจากนี้การให้คำปรึกษาในเรื่องเพศ (supportive sexual counseling) โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วย และคู่สมรสพูดคุยในเรื่องเพศขณะอยู่ในโรงพยาบาล จะสามารถทำให้เกิดผลบวกต่อการปฏิบัติทางเพศ ภายหลังการผ่าตัด (Brunner & Suddarth 1984: 217)

นอกจากนี้ยังมีคณะผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ได้ร่วมกันวางแผนการพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด และ/หรือได้รับการรักษาเพิ่มเติม แผนการพยาบาลดังกล่าวประกอบด้วย การวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาล รวมทั้งเวลาที่ประเมินผล และผลที่คาดว่าจะได้รับ แผนการพยาบาลดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้ทันที เฉพาะผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 อายุ 20-45 ปี แต่ผู้ป่วยที่อยู่นอกเกณฑ์ก็สามารถนำเอาแผนการพยาบาลไปดัดแปลงใช้ได้ (Schwarz-Appelbaum et al. 1984: 16-24) รวมทั้งยังมีคำแนะนำเทคนิคบางอย่างเพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เช่นการใช้หมอนวางบริเวณที่ทำผ่าตัดขณะมีเพศสัมพันธ์ การเปลี่ยนแปลงท่าที่ใช้ในการร่วมเพศ การกลับไปมีเพศสัมพันธ์ตามปกติโดยเร็ว (Woods 1984: 346-348) โดยสามารถเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้ประมาณ 1 สัปดาห์ ภายหลังการผ่าตัด และไม่ควรใช้เต้านมเทียมขณะมีเพศสัมพันธ์ (Brunner & Suddarth 1984: 217) ควรมีการพูดระบายความรู้สึกระหว่างสามีภรรยา (Woods 1975: 150-151) ควรมีการให้คำปรึกษาในเรื่องเพศร่วมกันทั้งสามีภรรยา สนับสนุนให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้มองเห็นแผลผ่าตัด ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจากเห็นบาดแผลแล้ว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และคู่สมรสได้ระบายความรู้สึกต่อแผลผ่าตัดทีละคน (Osborne 1982: 404-405)

จึงเห็นได้ว่ามีผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วไป และโรคมะเร็งเต้านมเอาไว้มากมาย แต่การนำไปใช้ยังมีน้อยมาก ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการที่พยาบาลสละเวลาบางส่วนในการให้ความรู้และการสนับสนุน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการเกี่ยว

กับความกังวลในเรื่องเพศต่อการรักษาโรคมะเร็งได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Smith 1989: 14) ได้มีผู้รวบรวมการศึกษาหลายๆ การศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลและการสนับสนุนร่วมกัน จะทำให้ได้ผลสำเร็จมากกว่าใช้เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง (Schwartz 1977: 277)

การวิจัยเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อเรื่องเพศ

การวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาในเรื่องเพศยังมีอยู่จำกัด และยังมีรายงานการศึกษาน้อยมาก ที่แสดงว่าการให้คำปรึกษาในเรื่องเพศกระทำโดยพยาบาล (Zalar 1982: 356) อย่างไรก็ตามมีผู้ทำการศึกษาอยู่บ้าง เช่นการศึกษาของ ครูเกอร์และคนอื่นๆ (Krueger et al. 1979: 145-150) ได้ทำการศึกษาการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดมดลูกออก (hysterectomy) 108 คน ขณะยังมีประจำเดือนและไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการให้คำปรึกษาในเรื่องเพศ กับการปรับตัวทางเพศภายหลังการผ่าตัด โดยใช้แบบสอบถามวัดในช่วงก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดก่อนกลับบ้าน และ 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในส่วนของการปรับตัวทางเพศนั้นให้ผู้ป่วยประเมินระดับการปรับตัวทางเพศของตนเองตั้งแต่ดีมาก ดี พอใช้ และ ไม่ดี ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามครบ 80 คน ผลการศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างการให้คำปรึกษาในเรื่องเพศกับการปรับตัวทางเพศ 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด ผู้ทำการศึกษาอธิบายว่า อาจเกิดจากข้อจำกัดของคุณภาพ หรือปริมาณของการให้คำปรึกษา โดยมีเพียงร้อยละ 11 ของผู้ป่วยที่รายงานว่าพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีประโยชน์มาก และผู้ป่วยเพียงร้อยละ 8 ที่รับรู้ว่ายพบาลเป็นบุคคลที่พวกเขาสามารถสนทนากับเกี่ยวกับเรื่องเพศ นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนความรู้ของผู้ป่วยในช่วงก่อนผ่าตัด ในเรื่องของโครงสร้าง (anatomy) และสรีรวิทยาเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ของสตรี มีความสัมพันธ์กับความรู้ลึกซึ้งขณะได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติทางเพศหลังผ่าตัด และยังพบว่าการสนทนาในเรื่องผลของการผ่าตัดต่อการทำงานของร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางเพศภายหลังการผ่าตัด ซึ่งผู้ทำการศึกษาสรุปว่า การสนทนา สามารถช่วยผู้ป่วยได้มากกว่าการให้ข้อมูลโดยให้เอกสารในตอนที่ผู้ป่วยมีความเครียด ในการศึกษาที่ยังพบว่าคะแนนความรู้สึกซึ่งใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung's depression scale) มาปรับปรุ้ง ในระยะ 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางเพศ และความถี่ของการมีความสุขสุดยอด (climax) จากการศึกษาดังกล่าวจึงพอสรุปได้ว่า ความรู้มีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ขณะได้รับความรู้ที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ และขณะที่ผู้ป่วยมีความเครียดการสนทนาสามารถช่วยผู้ป่วยได้ดีกว่าการให้เอกสาร

ส่วนในเรื่องของการปรับตัวทางเพศนั้น ในการศึกษาของครูเกอร์ไม่ได้ใช้เครื่องมือวัดโดยเฉพาะ

ส่วนการศึกษาของ วูดส์และเอิร์พ (Woods & Earp 1978: 279-285) ในเรื่อง การปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก จำนวน 49 คน มีผู้ที่แต่งงานแล้ว 34 คน พบว่า ร้อยละ 18 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีความถี่ของการร่วมเพศลดลงภายหลังการผ่าตัด และเมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่รายงานว่ามีกิจกรรมทางเพศลดลง กับผู้ป่วยที่รายงานว่าไม่เปลี่ยนแปลง พบว่ากลุ่ม หลังได้รับการเตรียมตัวสำหรับการผ่าตัดดีกว่า รวมทั้งมีความสนใจทางเพศมากกว่า พอใจในความสัมพันธ์ทางเพศมากกว่า มีอาการแทรกซ้อนน้อยกว่า ภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า พอใจ สัมพันธภาพกับคู่สมรสมากกว่า และมีจำนวนคนที่ยังคงมีประจำเดือน มากกว่ากลุ่มแรกประมาณ 2 เท่า ดังนั้นจากการศึกษานี้จึงยังสรุปไม่ได้ว่า ในกลุ่มที่มีกิจกรรมทางเพศไม่เปลี่ยนแปลงเป็น ผลมาจากการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดดีกว่า เนื่องจากมีปัจจัยที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ทำการศึกษาดังกล่าวแล้ว

เมื่อทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก โดย พยาบาลที่ได้รับการฝึกเฉพาะทาง แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มได้รับคำปรึกษา 75 คน และไม่ได้รับคำปรึกษา 77 คน พบว่าในระยะ 3 เดือนหลังผ่าตัด กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษามีปัญหาในเรื่องเพศ ระดับปานกลางถึงรุนแรงรวม 20 คน ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับคำปรึกษา มีปัญหาในเรื่องเพศในระดับเดียวกัน 15 คน แต่พบว่าในช่วง 12-18 เดือนหลังผ่าตัด ปัญหาทางเพศในระดับ ปานกลางถึงรุนแรง ของกลุ่มแรกลดลงเหลือ 4 คน ในขณะที่กลุ่มหลังยังคงมีจำนวนเท่าเดิมคือ 15 คน นั่นคือ กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษามีปัญหาทางเพศลดลง (Maguire et al. 1980: 1454-1456) ในการศึกษาชิ้นนี้ ไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นผลจากการให้คำปรึกษาของพยาบาลเพียง อย่างเดียว เนื่องจากในผู้ป่วยที่ได้รับคำปรึกษา ถ้ามีความผิดปกติรุนแรงไม่ว่าทางด้านจิตใจหรือ ทางด้านที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ พยาบาลจะส่งผู้ป่วยต่อไปให้จิตแพทย์ทำการดูแล ในการศึกษาชิ้นนี้ ปัญหาที่น่าสนใจพบคือ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับคำปรึกษา เกิดความกังวลใจ คิดว่าการพยากรณ์โรค (prognosis) ของตนเลวกว่ากลุ่มที่ได้รับคำปรึกษา (Tait et al. 1980: 19) ดังนั้น การอยู่ร่วมกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอาจมีผลกระทบทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยบางรายได้

สำหรับการให้คำปรึกษาไปพร้อมๆ กันระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสนั้น มีผู้ทำการศึกษาอยู่บ้าง ได้แก่ การศึกษาของ คริสเตนเซน (Christensen 1983: 266-275) ได้ทำการศึกษา ผลของการให้คำปรึกษาแก่คู่สมรสภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก ซึ่งผู้ทำการศึกษา เชื่อว่าเป็นการ

วิจัยที่ออกแบบสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกและคู่สมรส ที่มีกลุ่มควบคุมเป็นครั้งแรก โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 10 คู่ และกลุ่มควบคุม 10 คู่ ให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา 4 ครั้ง โดยให้อาทิตยละ 1 ครั้ง ใช้แบบวัดทางด้านจิตใจและเรื่องเพศรวม 7 แบบสอบถาม ทำการวัด 1 อาทิตย์ก่อนและหลังการให้คำปรึกษา ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกที่ทำการศึกษาคือต้องอยู่ในระยะหลังผ่าตัด 2-3 เดือน พบว่าในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความพึงพอใจในเรื่องเพศสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผู้ทำการศึกษาก็เห็นว่าจากแบบแผนดังกล่าวที่เป็น การให้ความรู้และการสนับสนุนร่วมกันก็สามารถเพิ่มความพึงพอใจในเรื่องเพศแก่คู่สมรสได้ การวิจัยนี้แสดงให้เห็นผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกและคู่สมรสที่ได้ผลดี และกระทำในช่วงภายหลังการผ่าตัดระยะแรกๆ โดยไม่สนใจผู้ป่วยและคู่สมรสในระยะก่อนผ่าตัด และแม้การศึกษานี้จะไม่ได้กระทำโดยพยาบาล แต่ก็แสดงให้เห็นผลสำเร็จของการให้คำปรึกษา โดยการให้ความรู้และการสนับสนุน

จากการที่ทราบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งหมายความว่าจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกก็จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามไปด้วย ผลกระทบจากการผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเรื่องเพศ สามารถเกิดขึ้นได้แต่จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับบุคคลแต่ละคน จะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ มากน้อยเพียงไร การให้ความรู้และการสนับสนุน พบว่า มีส่วนช่วยการปรับตัวทั้งทางด้านจิตใจ และในเรื่องเพศได้ (Christensen 1983: 266-275; Maguire et al. 1980: 1454-1456; Osborne 1982: 404-406; Vachon et al. 1981-1982: 365-372)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้ความรู้ และการสนับสนุน เพื่อส่งเสริมการปรับตัวทั้งทางด้านจิตใจและการปรับตัวทางเพศ ที่กระทำโดยพยาบาลและทำการศึกษโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ยังนับว่ามีผู้ทำการศึกษาน้อยอยู่มาก รวมทั้งให้ผลไม่ชัดเจน (Maguire et al. 1980: 1454-1456) ส่วนการศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน แต่กระทำโดยบุคลากรทางการแพทย์ทางด้านอื่นๆ พบว่า มีผลลดภาวะซึมเศร้าลงได้อย่างรวดเร็วกว่าการปล่อยให้ลดลงตามธรรมชาติ (Gordon et al. 1980: 743-759) แต่บางการศึกษาก็ให้ผลขัดแย้งกันคือ สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ในช่วงหลังผ่าตัดระยะยาว (Maguire et al. 1980: 1454-1456; Morris, Greer & White 1977: 2381-2387) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวทางเพศก็เช่น เดียวกันคือ พยาบาลเป็นผู้ทำการศึกษาน้อย และไม่ได้ใช้แบบวัดการปรับตัวทางเพศที่สร้างขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะ (Krueger et al. 1979:

145-150; Maguire et al. 1980: 1454-1456) นอกจากนี้ยังไม่มีใครทำการศึกษาเกี่ยวกับผลการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อภาวะซึมเศร้า และการปรับตัวทางเพศหรือปัญหาในเรื่องเพศของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ซึ่งมีผู้แนะนำวิธีการปฏิบัติไว้มากมายดังกล่าวแล้วข้างต้น ทั้งๆ ที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและคู่สมรสอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนถึงก่อนกลับบ้าน โดยเฉพาะการให้ความรู้และการสนับสนุน หรือการให้สุขศึกษา เป็นบทบาทที่พยาบาลทำอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว แต่ยังขาดการติดตามประเมินผล โดยใช้เครื่องมือวัดโดยตรง และใช้เวลาในการศึกษาติดตามอย่างจริงจัง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนแก่คู่สมรสขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยให้พร้อมกับคู่สมรสเฉพาะในบางเรื่องที่คุณสมรสควรได้รับทราบหรือมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างเอกสารการให้คำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก เพื่อให้เนื้อหาของความรู้ที่ผู้ป่วยและคู่สมรสในกลุ่มเดียวกันได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ตามแบบแผนที่ได้กำหนดไว้ ร่วมกับการให้การสนับสนุน โดยการใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อการบำบัด เริ่มให้ 1 วันก่อนผ่าตัด และวันที่ 1 หลังผ่าตัด จนครบ 4-7 วันหลังผ่าตัด โดยคาดหวังว่าผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าจากขบวนการปรับตัวต่อการสูญเสียได้ โดยใช้กลไกการปรับตัวจากการเรียนรู้ ขณะเดียวกันความรู้เรื่องเพศที่เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ถูกต้อง จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศดีขึ้น ทำให้คู่สมรสเกิดความเชื่อมั่น มีการใกล้ชิดกัน และสามารถพูดถึงความรู้สึกร่วมกันระหว่างคู่สมรส ซึ่งจะช่วยให้การปรับตัวทางเพศดีขึ้น รวมทั้งมีผลต่อภาวะซึมเศร้าให้ลดลงได้อีกด้วย ดังกรอบการวิจัย ภาพที่ 5

ซึ่งอธิบายได้ดังนี้คือ เมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเต้านมออก มีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากมาย เช่น สูญเสียสัญลักษณ์ทางเพศ กังวลเกี่ยวกับโรค และการรักษา เนื่องจากขาดความรู้ที่ถูกต้อง วิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการรักษา มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของตนเอง ขาดความเชื่อมั่น คู่สมรสขาดความรู้ ไม่ทราบว่าจะให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้อย่างไร เพื่อกับภาวะการสูญเสีย ต้องเรียนรู้วิธีการดำรงชีวิตโดยมีเต้านมข้างเดียวและมีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคมาเร็ง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ทำให้การปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยทำได้ไม่ดีนักหรือต่ำกว่าปกติ ก็ยังส่งผลให้บุคคลรู้สึกว่าเขาไร้ค่า ถูกรังเกียจหรือถูกปฏิบัติทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การปรับตัวทางเพศมีระดับต่ำกว่าเดิม เป็นวงจรเช่นนี้ไปเรื่อยๆ เมื่อได้รับความรู้ และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำกว่าในช่วงก่อนผ่าตัด มีความรู้มากขึ้นทำให้มีความรู้และทัศนคติต่อโรค การรักษา รวมทั้งในเรื่องเพศดีขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวในเรื่องเพศได้อย่างถูกต้องในระดับที่ดีขึ้น หรือไม่เปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนผ่าตัด เป็นการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเองมากขึ้น ภาวะซึมเศร้าก็จะต่ำลงเรื่อยๆ มีการปรับตัวต่อการสูญเสียอย่างปกติ จนเกิดภาวะทางด้านจิตใจที่ปกติ การปรับตัวทางเพศเข้าสู่ภาวะปกติ บุคคลเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ในที่สุด ส่วนทางกลุ่มที่ได้รับความรู้ และการสนับสนุนตามปกติ บุคคลก็สามารถกลับสู่ภาวะสมดุลได้เช่นเดียวกัน แต่อาจจะต้องใช้เวลามากกว่า และถ้าการให้ความช่วยเหลือไม่เพียงพอก็อาจเป็นปัญหาต่อผู้ป่วยและคู่สมรสในระยะยาวได้

ในการศึกษารั้งนี้จึงต้องการศึกษาว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน มีเนื้อหาและวิธีการช่วยเหลืออย่างครอบคลุมตามคำแนะนำของหลายๆ ท่านที่กล่าวแนะนำไว้ จะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในระยะหลังผ่าตัด 4-7 วัน (ก่อนออกจากโรงพยาบาล) และ 10-12 สัปดาห์ได้หรือไม่ และจะสามารถช่วยส่งเสริมการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกในระยะสั้นช่วง 10-12 สัปดาห์ให้ดีขึ้น หรือไม่เปลี่ยนแปลงไปจากระยะก่อนผ่าตัด ได้หรือไม่ ถ้าการให้ความรู้และการสนับสนุนสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้จริง โรงพยาบาลก็จะเกิดความเชื่อมั่นมากขึ้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีดังกล่าว รวมทั้งเชื่อมั่นในบทบาทของผู้ให้ความช่วยเหลือ เกี่ยวกับการปรับตัวทางเพศ โดยให้ความรู้ในเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับโรคไปพร้อมๆ กับเรื่องโรคและการรักษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรส ต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออกในโรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 30 ราย กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยใช้เกณฑ์ดังนี้คือ

1. อายุอยู่ระหว่าง 30 - 60 ปี
2. สถานภาพสมรสคู่ ปัจจุบันใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่สมรสโดยตลอด
3. ทราบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งเต้านม หรือสงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ก่อนเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเต้านมออก
4. ระยะของโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะที่ 1-2 ตามระบบที่เอ็นเอ็ม (TNM Staging System: tumor, node and metastasis)
5. ตัดเต้านมออกเพียงข้างเดียว โดยวิธีผ่าตัดเต้านมออกโดยเส้นเชิงขั้วดัดแปลง (modified radical mastectomy)
6. สามารถอ่านหนังสือออก หรือฟังภาษาไทยได้เข้าใจ
7. สามารถพูดจาโต้ตอบได้เข้าใจทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส
8. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา

คุณสมบัติผู้ป่วยที่คัดออกจากการศึกษา

1. เคยได้รับการผ่าตัดเต้านมมาก่อน ยกเว้นการผ่าตัดนำชิ้นเนื้อไปตรวจเพื่อการวินิจฉัย (biopsy)
2. ผู้ป่วยและคู่สมรสไม่ได้อยู่ร่วมกันตลอดไม่ว่าจะสาเหตุจากการทำงาน หรือความจำเป็นใดๆ ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด
3. เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตก่อนเข้ารับการรักษา
4. มีความผิดปกติทางด้านรีเวช หรือเคยได้รับการผ่าตัดทางรีเวชมาก่อน
5. เป็นโรคมะเร็งในอวัยวะอื่น หรือเป็นโรคมะเร็งเต้านมที่ลุกลามไปสู่อวัยวะอื่นๆ

ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังกล่าว กำหนดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมโดยใช้การสุ่มด้วยวิธีการจับสลาก เลือกโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษามาจากจำนวน 2 โรงพยาบาล โดยกำหนดให้โรงพยาบาลที่จับสลากได้ครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลที่เหลือให้เป็นกลุ่มควบคุม ทำการศึกษาตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลเป็นเวลานาน 3 เดือน หลังจากนั้นเปลี่ยนกลุ่มสลับกันคือ โรงพยาบาลที่เคยเป็นกลุ่มทดลองเปลี่ยนเป็นกลุ่มควบคุม และโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มควบคุมเปลี่ยนเป็นกลุ่มทดลอง สลับกันจนกว่าจะเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่กำหนด

ลักษณะของสถานที่ทำการศึกษา

1. โรงพยาบาลรามธิบดี เป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล หน่วยงานมหาวิทยาลัย ทำการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคทั่วไป รวมทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ทำการรักษาด้วยการผ่าตัดและการรักษาเสริมอื่นๆ ผู้ป่วยดังกล่าวถูกจัดให้อยู่ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงร่วมกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ตามปกติพยาบาลเป็นผู้ให้การดูแล และความรู้แก่ผู้ป่วย ทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประมาณ 4-7 วันหลังผ่าตัด
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบรักษาโรคมะเร็งทุกชนิด ทำการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทั้งการผ่าตัด และการรักษาเสริม ในลักษณะใกล้เคียงกับที่โรงพยาบาลรามธิบดี ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะถูกจัดให้อยู่ในหอผู้ป่วยหญิงชั้น 4 เป็นส่วนใหญ่ พยาบาลเป็นผู้ให้การดูแลและความรู้ แก่ผู้ป่วยทั้งก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด มีอุปกรณ์ออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประมาณมากกว่า 7 วันขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. อุปกรณ์การให้ความรู้ เป็นเอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกพร้อมรูปภาพเต้านมเทียม และสื่อชั้นในสตรีที่ใช้กับเต้านมเทียม

1.1 เอกสารคำแนะนำ ผู้วิจัยได้สร้างเอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก โดยรวบรวมจากหนังสือและเอกสารที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาที่ครอบคลุมในสิ่งที่ผู้ป่วยควรทราบได้แก่

- ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการรักษา
- ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก
- ความรู้เรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษาที่ถูกต้อง
- ความรู้โดยทั่วไปที่ช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก
- ข้อคำถามเฉพาะที่มีคนพบได้บ่อยภายหลังผ่าตัดเต้านมออก

เอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ภาษาที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ผู้วิจัยแจกเอกสารคำแนะนำดังกล่าว ให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะในกลุ่มทดลอง 1 วันก่อนผ่าตัด

ก่อนนำเอาเอกสารคำแนะนำผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก ไปให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ให้อาจารย์แพทย์ทางศัลยกรรมผู้เชี่ยวชาญการผ่าตัดเต้านมออก การเสริมสร้างเต้านม และเป็นผู้เข้าใจสภาพจิตใจของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วย สอนและศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมรวมทั้งสภาพจิตใจของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศในผู้ป่วย 1 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงจนสมบูรณ์

1.2 รูปภาพ เป็นรูปของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง ชนิดตัดแปลง ที่มีแผลแห้งสนิท แสดงบาดแผลและทะลุใส่เต้านมเทียม จำนวน 4 ภาพ และภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเสริมสร้างเต้านม และหัวนม จำนวน 4 ภาพ

1.3 เต้านมเทียมและสื่อชั้นในสตรี ที่ใช้กับเต้านมเทียม 1 ชุด

1.4 ฟองน้ำสำหรับเสริมทรง 1 ชุด

1.5 แผ่นผ้าแสดงการออกกำลังกายแขนข้างเดียวกับแผลผ่าตัด 1 ฉบับ และแผ่นผ้าการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 1 ฉบับ ซึ่งจัดทำโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

2. แบบแผนการให้ความรู้และการสนับสนุนแก่ผู้ป่วย

ผู้วิจัยสร้างแบบแผนการให้ความรู้ และการสนับสนุนแก่ผู้ป่วย จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และใช้หลักของทวนการพยาบาล (nursing process) ร่วมกับเทคนิคในการสนทนาเพื่อการบำบัด (therapeutic communication) และให้สอดคล้องกับภาวะของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการของข้อมูลที่ผู้ป่วยควรได้รับทราบในเอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก

แผนการให้ความรู้ และการสนับสนุนแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ในแต่ละระยะของแผนการให้ความรู้ และการสนับสนุนแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

- ส่วนวัตถุประสงค์ แสดงถึงวัตถุประสงค์ของการให้ความรู้ และการสนับสนุนในแต่ละครั้ง
- ส่วนการให้ความรู้และการสนับสนุน แสดงวิธีการสร้างสัมพันธภาพ การประเมินปัญหาของผู้ป่วย การให้การช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และคู่สมรส ในช่วงเวลาที่สอดคล้องเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยโดยเนื้อหาของความรู้กำหนดให้ตรงกับเอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกที่ได้แจกไว้ให้กับผู้ป่วย (เฉพาะกลุ่มทดลอง)
- ส่วนประเมินผล แสดงการประเมินในรูปแบบพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้น หลังจากได้รับความรู้และการสนับสนุนที่กำหนด ซึ่งอาจประเมินได้ทันทีหลังจากได้รับความรู้และการสนับสนุน และ/หรือประเมินได้ในวันต่อๆ มา

แบบแผนการให้ความรู้และการสนับสนุน จะกำหนดว่าในวันก่อนผ่าตัด และในวันหลังผ่าตัดวันที่ 1-7 จะให้ความรู้ในเรื่องใดแก่ผู้ป่วยบ้าง แต่อาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งแผนการรักษาของแพทย์ที่จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วหรือช้าเพียงใด อย่างไรก็ตามในเรื่องของเนื้อหาของความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วยจะไม่มีเปลี่ยนแปลง

3. แบบสอบถามการปรับตัวทางเพศ

ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการปรับตัวทางเพศ (sexual adjustment questionnaire) ของวอเตอร์เฮาส์ และเมตคาล์ฟ (Waterhouse & Metcalfe 1983, 1986: 53-59) สร้างขึ้นเพื่อพัฒนาการประเมินในเรื่องเพศของผู้ป่วยโรคเริม และ/หรือ จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด แบบสอบถามประกอบด้วยคำถามการปรับตัวทางเพศรวม 7 ด้าน และแบ่งออกเป็น 2 ระยะเวลา คือ ระยะเวลา ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ทำการหาความตรงทางเนื้อหาของแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมด 6 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัยในเรื่องเพศ 1 ท่าน นักสังคมวิทยา (sociologist) ผู้เชี่ยวชาญการวิจัยในเรื่องเพศ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคเริมบริเวณศีรษะและลำคอ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านชีวสถิติ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านสถิติและคอมพิวเตอร์ 1 ท่าน และหาความตรงด้านโครงสร้าง (construct validity) โดยการทดสอบแบบสอบถามฉบับดังกล่าวในบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ 84 ราย เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเริมบริเวณศีรษะและลำคอ 8 ราย พบว่าผู้ป่วยโรคเริมมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มปกติอย่างมีนัยสำคัญในหัวข้อข้อ 3 ใน 7 หัวข้อ

แบบสอบถามการปรับตัวทางเพศ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วย

3.1 หมวดข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่เกี่ยวกับรายละเอียดเรื่องโรคการรักษา และอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

3.2 หมวดการปรับตัวทางเพศ แบ่งเป็น 7 หมวดย่อย ได้แก่ ความต้องการทางเพศ 5 ข้อ สัมพันธภาพจำนวน 3 ข้อ ระดับของการมีกิจกรรมทางเพศจำนวน 3 ข้อ การกระตุ้นอารมณ์จำนวน 3 ข้อ เทคนิคการมีกิจกรรมทางเพศจำนวน 9 ข้อ การถึงจุดสุดยอดจำนวน 2 ข้อ และความพึงพอใจ จำนวน 3 ข้อ

แบบสอบถามการปรับตัวทางเพศแบ่งออกเป็น ฉบับก่อนผ่าตัด และฉบับหลังผ่าตัด ซึ่งเนื้อหาในแต่ละฉบับจะไม่แตกต่างกันมาก มีการเปลี่ยนแปลงในหมวดข้อมูลทั่วไป ส่วนในหมวดวัดการปรับตัวทางเพศ จะเปลี่ยนเฉพาะบางคำพูดในข้อคำถาม เพื่อให้เหมาะสมกับระยะเวลาที่นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และสามารถใช้วัดเปรียบเทียบกันได้ ข้อคำถามเป็นชนิดให้ผู้ป่วยประเมินตนเองแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) จำนวน 28 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ซึ่งจะมีคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ถ้าผู้ป่วยเลือกคำตอบที่แสดงว่าสามารถปรับตัวทางเพศได้มากจะได้คะแนนเต็ม 5 คะแนน และคะแนนจะลดลงตามความสามารถในการปรับตัวทางเพศของแต่ละคน ถ้าสามารถปรับตัวทางเพศได้น้อยที่สุดจะได้ 1 คะแนน แบบวัดนี้มีคะแนนต่ำสุด 28 คะแนน และสูงสุด 140 คะแนน หรือหาค่าเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม มีค่าเฉลี่ยรวมต่ำสุด 1 คะแนน และสูงสุด 5 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ตอบสามารถปรับตัวในเรื่องเพศได้มาก

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยแปลแบบสอบถามการปรับตัวทางเพศเป็นภาษาไทย และเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษ 2 ท่านตรวจสอบ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ และตัดแปลงข้อความบางข้อเพื่อให้เหมาะสมกับประชากรที่จะศึกษา รวมทั้งช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา และเพิ่มเติมข้อความในหมวดข้อมูลทั่วไป ที่อาจช่วยในการแปลผลหรือเป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อไป เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่านทำการตรวจสอบแบบสอบถาม ได้แก่ จิตแพทย์ผู้ทำการศึกษาและสอนเกี่ยวกับเรื่องเพศ 1 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่านและอาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช 2 ท่าน (ภาคผนวก จ) หลังจากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขจนสมบูรณ์

แบบสอบถามการปรับตัวทางเพศนี้ วอเตอร์เฮ้าส์และเมทคาล์ฟ (Waterhouse & Metcalfe, 1983) นำไปหาค่าความเที่ยงแบบการทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) ในคนปกติ 84 คน และผู้ป่วยโรคมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ 8 ราย ได้ค่าความเที่ยงรวมของหมวดย่อยทั้งหมด เท่ากับ .67

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ดัดแปลงแล้ว ไปหาความเที่ยงในผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงกับประชากรที่จะทำการศึกษา ในระยะก่อนผ่าตัด 6 ราย และหลังผ่าตัด 4-6 สัปดาห์ 3 ราย หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาในระยะก่อนผ่าตัดเท่ากับ .85 และในระยะหลังผ่าตัดเท่ากับ .75 (ตัวอย่างแบบสอบถาม ภาคผนวก ข.) หลังจากทำการศึกษาแล้วนำคะแนนที่ได้ไปหาความเที่ยงของแบบสอบถามการปรับตัวทางเพศอีกครั้ง พบว่า ระยะก่อนผ่าตัด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรวม 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .84 และในระยะหลังผ่าตัด

10-12 สัปดาห์เท่ากับ .85

4. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรู้สึกซึมเศร้าของ มาลีย์ แทนธานี (2527) ซึ่งแปลและเรียบเรียงจากแบบวัดความรู้สึกซึมเศร้าด้วยตนเอง (self rating depression scale) ของซุง (Zung 1965: 508-515) เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประเมินค่า ประกอบด้วยข้อความที่ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ มีจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ คำถามแต่ละข้อมีให้เลือก 4 คำตอบดังนี้

ไม่มีเลยหรือน้อยครั้งมาก	หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกตรงตามข้อความในประโยคนั้นเลยหรือมีก็น้อยครั้งมาก
เป็นบางครั้ง	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกตรงตามข้อความในประโยคนั้นบางครั้ง
ค่อนข้างบ่อยครั้ง	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกตรงตามข้อความในประโยคนั้นค่อนข้างบ่อยครั้ง
เป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง	หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกตรงตามข้อความในประโยคนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนนของภาวะซึมเศร้า มีคะแนนแต่ละข้อ 1- 4 คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะข้อความว่าเป็นไปในทางบวกหรือลบ ถ้าเป็นไปในทางลบ ตอบไม่มีเลยหรือน้อยครั้งมาก ให้ 1 คะแนน ตอบเป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทุกครั้ง ให้ 4 คะแนน ถ้าเป็นไปในทางบวก ให้คะแนนตรงข้ามกับทางลบ

แบบวัดนี้มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 80 คะแนน หรือหาค่าเฉลี่ยโดยรวม มีค่าเฉลี่ยรวมต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 4 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ตอบมีภาวะซึมเศร้ามาก หรือรุนแรง

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงของแบบสอบถามภาวะซึมเศร้านี้ มาลัย แทนธานี (2527) นำแบบสอบถามที่เรียบเรียงแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำไปหาความเที่ยงของแบบสอบถามในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก และรังไข่ออกทั้ง 2 ข้างจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .776

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าไปหาความเชื่อมั่นอีกครั้ง โดยนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนประชากรที่ทำการศึกษาในระยะก่อนผ่าตัด 7 ราย และระยะหลังผ่าตัด 4-6 สัปดาห์ 6 ราย ได้ค่าของความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ในระยะก่อนผ่าตัดเท่ากับ .70 และระยะหลังผ่าตัดเท่ากับ .76 (ตัวอย่างแบบสอบถาม ภาคผนวก ข.) หลังจากทำการศึกษาแล้วนำคะแนนที่ได้ไปหาความเที่ยงของเครื่องมืออีกครั้ง พบว่า ในระยะก่อนผ่าตัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรวม 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาก่อนผ่าตัด เท่ากับ .92 และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ เท่ากับ .91

การเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย

ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมโรงพยาบาลละ 1 คน มีความสนใจเข้าร่วมในงานวิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพสำเร็จระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า และเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความกล้าสนทนาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศของผู้ป่วยได้อย่างสงบบไม่แสดงอาการเขินอาย

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยแต่ละรายในแต่ละโรงพยาบาล ขึ้นตอนการเตรียมผู้ร่วมวิจัยทำดังนี้

1. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานของการวิจัย ให้ผู้ช่วยวิจัยได้รับทราบ
2. สนทนาสอบถามความคิดเห็น และทัศนคติในเรื่องเพศ ทั้งเรื่องทั่วไปและในเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก พยายามสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศ และให้เห็นว่าเป็นเรื่องปกติของทุกคน
3. อธิบายให้ทราบขั้นตอนการปฏิบัติของผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การ-

สนทนากับผู้ป่วย การขอให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในงานวิจัย และติดตามเก็บข้อมูลในครั้งต่อไป

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้อ่านแบบสอบถามการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้าไปพร้อมๆ กัน สอบถามความเข้าใจในแต่ละหัวข้อเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำความตกลงในเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ (ภาคผนวก ก.)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. หลังจากจับฉลากเลือกกว่า 3 เดือนแรก ผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยอยู่ในกลุ่มทดลองและควบคุมแล้ว เมื่อทราบว่าผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามตัวอย่างที่จะทำการศึกษา เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ช่วยวิจัยจะติดต่อผู้วิจัยเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 โดยเป็นวันก่อนผ่าตัด 1 วัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เมื่อผู้ช่วยวิจัยหรือผู้วิจัย เก็บข้อมูลการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนผ่าตัดแล้ว

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้ตามแบบแผนที่กำหนดไว้พร้อมกับให้เอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก แผนการให้ความรู้และการสนับสนุนกำหนดให้ความรู้และการสนับสนุนวันก่อนผ่าตัด 1 ครั้ง วันที่ผู้ป่วยทำผ่าตัดจะเป็นการเยี่ยมผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือรวมทั้งให้ความรู้แก่ญาติของผู้ป่วย และเริ่มให้ความรู้ และการสนับสนุนหลังผ่าตัดวันที่ 1 ติดต่อกัน 4-7 ครั้ง ประมาณครั้งละ 30-45 นาที และกรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถมาพบผู้ป่วยได้ จะบอกผู้ป่วยให้ทราบล่วงหน้า และนัดวันที่จะมาในคราวต่อไป

การให้ความรู้และการสนับสนุนในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับโรค และ การรักษา ให้ซักถามเกี่ยวกับความกังวลใจ ให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดโดยทั่วไป และที่เฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ให้เปิดเอกสารและแผ่นพับคู่มือการออกกำลังกาย แขน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบาย ให้

กำลังใจและความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย

ระยะหลังผ่าตัด ก่อนให้ความรู้และการสนับสนุนทุกครั้ง ผู้วิจัยจะประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจะซักถามข้อสงสัย และทบทวนหัวข้อความรู้ที่ให้ในครั้งก่อน การให้ความรู้ในแต่ละครั้ง จะให้ตามที่กำหนดในแบบแผนและตามความสนใจของผู้ป่วย ให้ความรู้ติดต่อกัน 4-7 วันหลังผ่าตัด และนัดให้ความรู้แก่คู่สมรสของผู้ป่วย ประมาณวันที่ 4 และ/หรือ วันที่ 5 ภายหลังผ่าตัด แต่อาจเปลี่ยนแปลงตามความสะดวกของคู่สมรสของผู้ป่วย

กลุ่มควบคุม ในขั้นตอนการขอความร่วมมือและการตอบแบบสอบถามเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่ผู้ป่วยจะได้รับความรู้และการสนับสนุนตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

4. เมื่อให้ความรู้และการสนับสนุนตามแบบแผนจากผู้วิจัยครบ 4-7 วัน หลังผ่าตัด ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะให้ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามภาวะซึมเศร้าครั้งที่ 2

5. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถาม และสื่อดิจิทัลแสดงถึงผู้วิจัยเอง ส่งลงทะเบียนถึงผู้ป่วยขอความร่วมมือผู้ป่วยตอบแบบสอบถามในช่วง 10-12 สัปดาห์หลังผ่าตัด ทั้งผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พร้อมทั้งแนบเอกสารเกี่ยวกับสิทธิพิเศษที่จะได้รับเกี่ยวกับการสั่งตัดเต้านมเทียม และเสื้อชั้นในที่ใช้กับเต้านมเทียม

6. ผู้วิจัยส่งจดหมายตอบผู้ที่ต้องการสิทธิพิเศษการสั่งตัดเต้านมเทียม ส่วนในกรณีที่ส่งจดหมายขอความร่วมมือแล้วไม่ได้รับคำตอบหลังจากวันที่ส่ง 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะส่งจดหมายขอความร่วมมืออีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมได้วิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS* การวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำเสนอโดยแสดงจำนวนและร้อยละ
2. ทดสอบอิทธิพลของคะแนนการปรับตัวทางเพศระยะก่อนผ่าตัดต่อคะแนนการปรับตัวทางเพศในระยะ 10-12 สัปดาห์ ด้วยวิธี Regression Analysis ถ้าพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวทางเพศระหว่างกลุ่มทดลอง และ

กลุ่มควบคุมในระยะ 10-12 สัปดาห์ โดยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance ,ANCOVA) ถ้าไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ โดยใช้ t-test

3. ทดสอบอิทธิพลของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ด้วยวิธี Regression Analysis ถ้าพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติจะทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ โดยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมชนิดวัดซ้ำในหนึ่งปัจจัย (ANCOVA-repeated measures on one factor) ถ้าไม่พบว่ามีนัยสำคัญ จะทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ โดยวิธีการเปรียบเทียบแบบเป็นคู่ โดยใช้ paired t-test

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่
 คู่สมรสต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ผลการวิจัยนำเสนอ
 ตามลำดับดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เป็นผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ทำการคัดเลือกอย่าง
 เฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลรามธิบดี 18 คนและจาก
 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 16 คน รวม 34 คน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองขอออกจากการศึกษา 1 คน ตอบ
 แบบสอบถามไม่ครบ 2 คน ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามไม่ครบ 1 คน คงเหลือ 30 คน
 แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทดแทนทุกครั้ง
 กลุ่มตัวอย่างขาดหายไป คู่สมรสในกลุ่มทดลองได้รับความรู้และการสนับสนุนจากผู้วิจัยโดยตรง
 7 คน (47.7%) ส่วนที่เหลือ 8 คน (53.3%) ได้รับความรู้โดยการอ่านจากเอกสารคำแนะนำ-
 ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก อายุของผู้ป่วยและคู่สมรสกลุ่มทดลองเฉลี่ย 43.9 ปี และ 43.6 ปี ส่วน
 กลุ่มควบคุมผู้ป่วยและคู่สมรสมีอายุเฉลี่ย 47.4 ปี และ 48.1 ปี ตามลำดับ ลักษณะของกลุ่ม
 ตัวอย่างและคู่สมรส ในเรื่องของอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ของทั้ง 2
 กลุ่ม พบว่า ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและคู่สมรส ในเรื่องอายุ ระดับการศึกษา และรายได้-
ครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
อายุ	ผู้ป่วย	43.9	7.7	43.6	7.8	0.12 ^{ns}
	คู่สมรส	47.4	9.4	48.1	8.7	0.22 ^{ns}
การศึกษา	ผู้ป่วย	10.26	7.64	8.93	6.64	0.51 ^{ns}
	คู่สมรส	12.0	7.29	10.93	5.73	0.07 ^{ns}
รายได้ครอบครัว		13166.7	11528.9	7380.0	5913.6	1.73 ^{ns}

^{ns} P>.05

อาชีพของผู้ป่วยและคู่สมรสของกลุ่มทดลองมีอาชีพรับราชการเป็นส่วนใหญ่ 6 คน (40%) และ 8 คน (53.3%) ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุม มีอาชีพค่อนข้างกระจายคือ รับราชการ รับจ้างเกษตรกรรม จำนวนใกล้เคียงกันประมาณ 20-26.7% คู่สมรสกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับราชการเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 26.7 ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.3 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 20 รายงานว่ามีเงินเหลือเก็บ

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของคู่สมรสในเรื่องของการผ่าตัดครั้งนี้ ทั้ง 2 กลุ่มรายงานใกล้เคียงกันคือ กลุ่มทดลองร้อยละ 93.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 100 สัมพันธภาพของคู่สมรสอยู่ในเกณฑ์ดีมากเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม (53.3%) กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้รายงานว่ามีสัมพันธภาพมีทั้งดีและไม่ดี ร้อยละ 26.7 มากกว่ากลุ่มควบคุมคือ ร้อยละ 13.3 ส่วนการกลับไปทำงานภายหลังการผ่าตัด ซึ่งเป็นการกลับไปสู่สังคมเดิมตามปกติมีจำนวนเท่ากันทั้ง 2 กลุ่มคือร้อยละ 60

ความกังวลในเรื่องเพศ

ในเรื่องความกังวลเกี่ยวเรื่องเพศนั้น ร้อยละ 66.7 ของกลุ่มทดลองรายงานว่าไม่เคยกังวลเกี่ยวกับเรื่องเพศ แต่ร้อยละ 46.7 ของกลุ่มทดลองรายงานว่าระยะเวลาที่กังวลในเรื่องเพศมักเป็นช่วงก่อนผ่าตัดขณะอยู่ที่บ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.7 รายงานว่าเคยกังวลในเรื่องเพศ ในระยะเวลาก่อนผ่าตัดขณะอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 33.3 และขณะอยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 26.7 นอกจากนี้กลุ่มทดลอง ร้อยละ 33.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 26.7 รายงานยืนยันว่า ไม่เคยกังวลในเรื่องเพศ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 80 และร้อยละ 86.7 รายงานว่าไม่มีปัญหาทางเพศ นอกนั้นรายงานว่ามีปัญหาทางเพศบ้างเล็กน้อย มีเพียง ร้อยละ 6.7 ของกลุ่มควบคุม ที่รายงานว่าค่อนข้างมีปัญหาในเรื่องเพศ ส่วนในเรื่องของการมีประจำเดือนนั้นพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีทั้งผู้ที่ยังคงมีประจำเดือน และ ไม่มีประจำเดือนในขณะที่ตอบแบบสอบถาม แต่กลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ที่มีประจำเดือน มากกว่ากลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 8 (ภาคผนวก ง)

ผลของโรคและการผ่าตัดต่อเรื่องเพศ

ส่วนผลของโรคและผลของการผ่าตัดต่อเรื่องเพศ สองหัวข้อนี้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รายงานในจำนวนใกล้เคียงกันภายในกลุ่มเดียวกัน ส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีผลใดๆ ร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 73.3 ในกลุ่มควบคุม มีเพียง ร้อยละ 20 และร้อยละ 13.3 ที่รายงานว่าผลเลวลงบ้างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ตามลำดับ มีเฉพาะในกลุ่มทดลองเพียงกลุ่มเดียวที่มีผู้รายงานว่าผลดีขึ้นอย่างมาก ร้อยละ 13.3 ส่วนในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 6.7 รายงานว่าผลของการผ่าตัดต่อเรื่องเพศมีผลดีขึ้นบ้าง

การรับรู้ผลของโรคและการผ่าตัดต่อร่างกายและอารมณ์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่รายงานว่าเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์เล็กน้อย ร้อยละ 66.7 และ ร้อยละ 80 ส่วนทางด้านร่างกาย กลุ่มควบคุมรายงานว่าเปลี่ยนแปลงรุนแรง มากกว่ากลุ่มทดลอง ร้อยละ 33.3 และร้อยละ 13.3 ตามลำดับ นอกนั้นรายงานว่าจะเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเล็กน้อย

ส่วนการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางเพศภายหลังผ่าตัด กลุ่มทดลองร้อยละ 46.7 รายงานว่าเปลี่ยนแปลงท่าของการร่วมเพศให้เหมาะสม ร้อยละ 26.7 ใช้หมอนหรือผ้านุ่มๆ วางบริเวณ

แผลและร้อยละ 40 รายงานว่าเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง ต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งมีเพียงร้อยละ 6.7 ที่รายงานว่าเปลี่ยนแปลงท่าของการร่วมเพศ และไม่มีใครใช้หมอนหรือผ้าอนามัย วางบนบาดแผลผ่าตัด ส่วนใหญ่รายงานว่าเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง ดังตารางที่ 9 (ภาคผนวก ง)

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

ในกลุ่มทดลอง พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง ได้แก่ แผลบวม แผลแยก ใช้เวลานานกว่าแผลจะหาย ยกหัวไหล่ไม่ได้เต็มที่ แขนไม่มีแรง พบมากในจำนวนใกล้เคียงกัน ที่พบบ่อยกว่าอย่างอื่นๆ ได้แก่ ใช้เวลานานกว่าแผลจะหายคือมากกว่า 2 อาทิตย์ขึ้นไป และยกหัวไหล่ไม่ได้เต็มที่เท่ากันคือ ร้อยละ 26.7 แต่ในกลุ่มควบคุมไม่พบ อาการแทรกซ้อนในเรื่อง แผลบวมหรือแผลแยก ส่วนใหญ่มีอาการแขนไม่มีแรง ร้อยละ 40 นอกนั้นมีปัญหาเรื่องเลือดหรือน้ำเหลืองคั่งหลังจากเอาสายระบายออก และยกหัวไหล่ไม่ได้เต็มที่

ในเรื่องการรักษาเสริม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการรักษาเสริม ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 60 ส่วนชนิดของการรักษาเสริม พบว่า เฉพาะกลุ่มควบคุมเท่านั้นที่ได้รับรังสีบำบัด ร้อยละ 13.3 และการรักษาเสริมชนิดที่มีรายงานว่าได้รับเฉพาะในกลุ่มทดลองมี 2 ชนิดคือ การรักษาร่วมกันทั้งรังสีบำบัดและเคมีบำบัด ร้อยละ 6.7 และการรักษาโดยฮอร์โมนบำบัด ร้อยละ 13.3 วิธีเดียวที่ได้รับเหมือนกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคือการรักษาเสริมด้วยวิธีเคมีบำบัด ร้อยละ 26.7 และร้อยละ 46.7 ตามลำดับ ส่วนอาการข้างเคียงของการรักษาเสริม มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นร่วง ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ มีแผลในปาก ปากเปื่อย ในทั้ง 2 กลุ่ม แต่กลุ่มควบคุมรายงานจำนวนผู้มีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับการรักษาเสริมมากกว่ากลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 10 (ภาคผนวก ง)

แหล่งให้คำปรึกษาในเรื่องเพศ

แหล่งที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องเพศในกลุ่มทดลองช่วงก่อนผ่าตัดมากที่สุด อันดับหนึ่งคือ แพทย์ (46.7%) รองลงมาคือ สามี (33.3%) ภายหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์พบว่า สามีเป็นผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องเพศของกลุ่มทดลองมากกว่าบุคคลอื่นๆคิดเป็น ร้อยละ 53.3 และไม่มีใครมีจำนวนเท่ากันกับระยะก่อนผ่าตัด ส่วนในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ สามีเป็นผู้ให้คำปรึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 60 รองลงมา คือ

ไม่ปรึกษาใคร ร้อยละ 33.3 และ 26.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 11 (ภาคผนวก ง)

การให้ความรู้เรื่องเพศ

สำหรับการให้ความรู้เรื่องเพศนั้น ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองรับรู้ bahwa แพทย์ไม่ได้พูดคิดเป็น ร้อยละ 93.3 พยาบาล ร้อยละ 53.3 และได้รับประโยชน์จากคำพูดของพยาบาล มากกว่า แพทย์ ร้อยละ 46.7 และ 6.7 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มควบคุมรับรู้ bahwa แพทย์ไม่ได้พูด เรื่องเพศ ร้อยละ 66.7 พยาบาล ร้อยละ 86.7 และได้รับประโยชน์จากการพูดของแพทย์ มากกว่าพยาบาล ร้อยละ 33.3 และ 13.3 ตามลำดับ

ส่วนในเรื่องความต้องการความรู้ในเรื่องเพศนั้น ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม รายงานเหมือนกัน คือต้องการให้พูดหรือสอบถามบางครั้ง โดยแพทย์ ร้อยละ 66.7 และพยาบาล ร้อยละ 53.3 ส่วนผู้ป่วยที่เห็นว่า ไม่ควรพูดในเรื่องนี้พบผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุม กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความเห็นว่า พยาบาล (40%) และ แพทย์ (26.7%) รวมทั้งกลุ่มควบคุมที่มีความเห็นว่า พยาบาล (33.3%) และแพทย์ (13.3%) ไม่ควรพูดเรื่องเพศ ดังตารางที่ 12 (ภาคผนวก ง)

2. เปรียบเทียบการปรับตัวทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อเปรียบเทียบการปรับตัวทางเพศของกลุ่มตัวอย่างทั้งรายด้าน และโดยรวมในระยะ ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด พบว่า ระยะหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ย การปรับตัวทางเพศมีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงทั้งรายด้านและโดยรวม ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ย การปรับตัวทางเพศทั้งรายด้านและ โดยรวมลดลงทั้งหมด

ทำการทดสอบอิทธิพล คะแนนการปรับตัวทางเพศระยะก่อนผ่าตัด ต่อคะแนนการปรับตัวทางเพศในระยะ 10-12 สัปดาห์ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งรายด้านและโดยรวมตามลำดับ (ด้านที่ 1 $F = 12.17$, $P < .05$, ด้านที่ 2 $F = 10.39$, $P < .05$, ด้านที่ 3 $F = 11.37$, $P < .05$, ด้านที่ 4 $F = 15.88$, $P < .001$, ด้านที่ 5 $F = 15.02$, $P = .001$, ด้านที่ 6 $F = 14.21$,

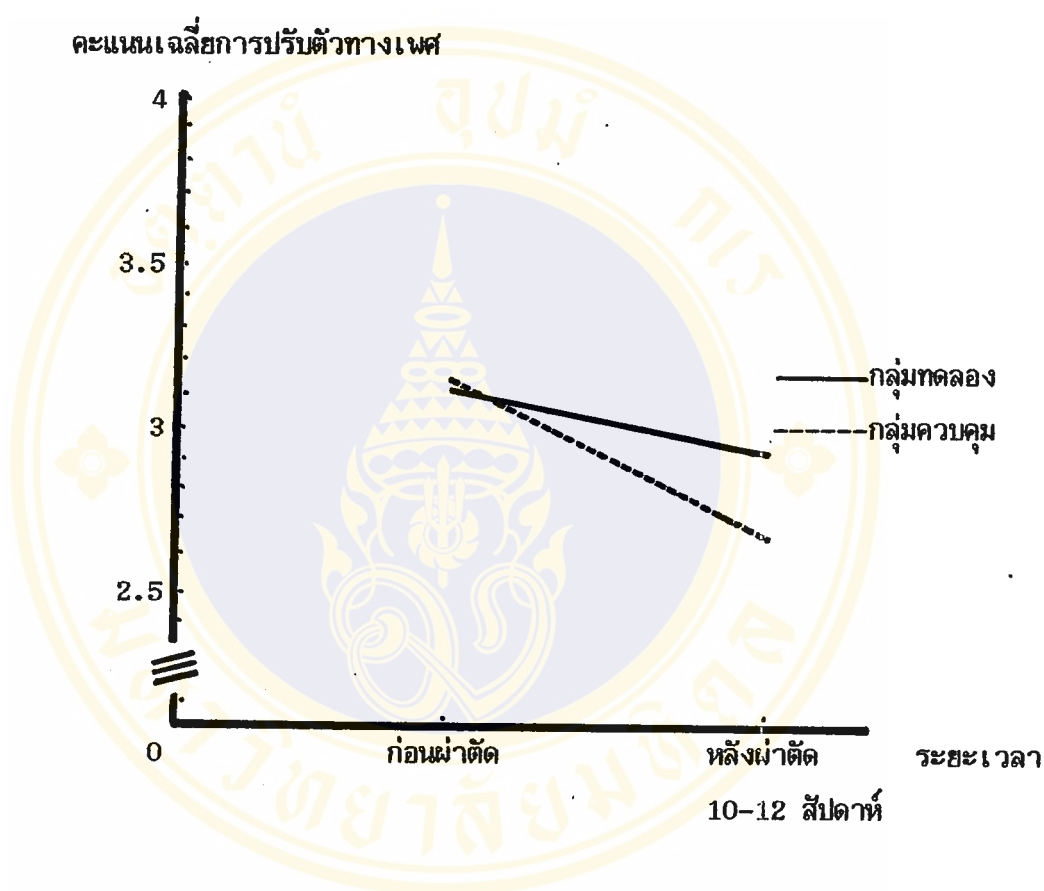
$P=.001$, ด้านที่ 7 $F = 6.16$, $P<.05$, โดยรวม $F = 27.09$, $P<.001$) หลังจากนั้นเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศรายด้านทั้ง 7 ด้าน หลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศในระยะก่อนผ่าตัดเป็นตัวแปรร่วม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศแตกต่างกันเฉพาะด้านที่ 4 คือ ด้านการประเล้าประโลม และด้านที่ 7 คือ ด้านความพึงพอใจในเรื่องเพศ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) การปรับตัวทางเพศทั้ง 2 ด้านดังกล่าวในกลุ่มทดลองพบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้น แต่อีก 5 ด้านที่เหลือในกลุ่มทดลองมีทั้งคะแนนเพิ่มขึ้นและลดลง ส่วนการปรับตัวทางเพศทั้ง 7 ด้านในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงในช่วงหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์

เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมโดยใช้คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศโดยรวมในระยะก่อนผ่าตัดเป็นตัวแปรร่วม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวทางเพศภายหลังการผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ตารางที่ 2 และภาพที่ 6 ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวทางเพศทั้งรายด้านและโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ จึงได้รับการยอมรับบางส่วน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวทางเพศทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

การปรับตัวทางเพศ รายด้านและโดยรวม	กลุ่มทดลอง (n=15)				กลุ่มควบคุม (n=15)				F
	ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด		ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. ความต้องการทางเพศ	2.70	0.35	2.89	0.65	2.87	0.62	2.69	0.50	2.99 ^{ns}
2. สัมพันธภาพของคู่สมรส	4.16	0.33	4.18	0.40	4.13	0.32	4.09	0.32	0.44 ^{ns}
3. ระดับการมีกิจกรรมทางเพศ	2.80	0.63	2.47	0.82	2.78	0.96	2.38	0.72	0.10 ^{ns}
4. การประเล้าประโลม	3.78	1.2	3.93	0.99	4.44	0.87	3.73	0.97	4.32 [*]
5. เทคนิคของกิจกรรมทางเพศ	2.84	0.65	2.56	0.66	2.71	0.65	2.21	0.53	2.25 ^{ns}
6. การถึงจุดสุดยอด	2.80	0.90	2.93	0.82	2.67	0.72	2.50	0.82	2.01 ^{ns}
7. ความพึงพอใจ	3.42	1.08	3.84	0.72	3.36	0.76	3.31	0.61	5.16 [*]
โดยรวม	3.11	0.48	2.97	0.47	3.15	0.44	2.68	0.46	6.84 [*]

^{ns} $P > .05$, ^{*} $P < .05$



ภาพที่ 6 คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะเวลาก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์

3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

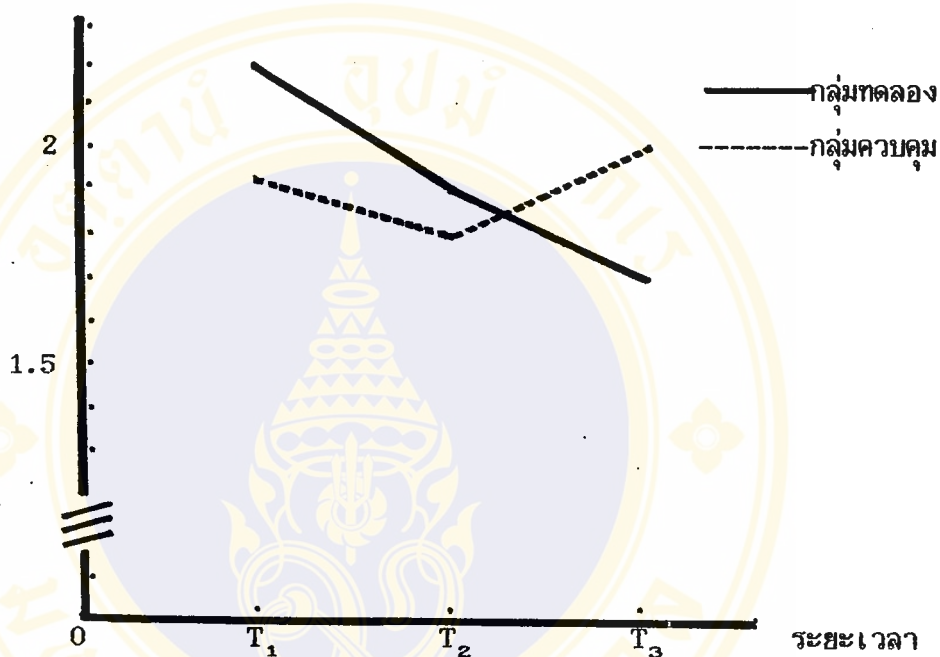
เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงตามระยะเวลา ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงเล็กน้อยในระยะหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ (4-7 วัน) แต่ในระยะหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นและมากกว่าในระยะก่อนผ่าตัด ดังตารางที่ 3 และภาพที่ 7

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

คะแนนภาวะซึมเศร้า	ระยะเวลา					
	T ₁		T ₂		T ₃	
	X	S.D.	X	S.D.	X	S.D.
กลุ่มทดลอง (n =15)	2.19	0.72	1.90	0.52	1.70	0.55
กลุ่มควบคุม (n =15)	1.92	0.64	1.80	0.57	2.00	0.46

T₁ = ก่อนผ่าตัด, T₂ = หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์, T₃ = หลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า



ภาพที่ 7 แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนผ่าตัด (T_1) หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ (T_2) และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ (T_3)

เมื่อทำการทดสอบอิทธิพลของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนผ่าตัดต่อคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ ด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอย (Regression Analysis) พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 30.90, P < .001$) แสดงว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนผ่าตัดมีอิทธิพลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์และ 10-12 สัปดาห์ โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำในหนึ่งปัจจัย โดยใช้คะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนผ่าตัดเป็นตัวแปรร่วม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ดังตารางที่ 4 จึงปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ นั่นคือ ทั้ง 2 กลุ่ม มีภาวะซึมเศร้าในระยะหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน

เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่ม เมื่อระยะเวลาแตกต่างกัน ด้วยการวิเคราะห์แบบ ทัก (paired t-test) พบว่า ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระยะก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์กับ 10-12 สัปดาห์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) ดังตารางที่ 5 และทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าทั้ง 3 ระยะเวลาของกลุ่มควบคุมมีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลง เมื่อวิเคราะห์แบบ ทักในแต่ละระยะเวลา พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P > .05$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนผ่าตัดเป็นตัวแปรร่วม ด้วยวิธี ANCOVA-repeated measure on one factor (n = 30)

แหล่งความแปรปรวน	df	SSy'	MSy'	F	P
การทดลอง	1	6.70	6.70	30.90	0.000
ระหว่างกลุ่ม	1	.84	.84	3.86	0.06
ความคลาดเคลื่อน	27	5.86	.22		
ช่วงเวลา	1	.00	.00	.00	1.000
กลุ่ม x ช่วงเวลา	1	.60	.60	5.67	.024
ความคลาดเคลื่อน	27	2.96	.11		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะเวลาก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ด้วยวิธี Paired t-test (n=15)

ระยะเวลา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
ก่อนผ่าตัด	15	2.19	0.73	2.29*
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	15	1.90	0.52	
ก่อนผ่าตัด	15	2.19	0.73	3.16*
หลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์	15	1.70	0.55	
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	15	1.90	0.52	1.45 ^{ns}
หลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์	15	1.70	0.55	

^{ns} P > .05, * P < .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม ในระยะเวลาก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ด้วย Paired t-test (n= 15)

ระยะเวลา	n	$\bar{X}$	S.D.	t
ก่อนผ่าตัด	15	1.92	0.642	0.94 ^{ns}
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	15	1.80	0.571	
ก่อนผ่าตัด	15	1.92	0.642	-0.65 ^{ns}
หลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์	15	2.00	0.459	
หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์	15	1.80	0.571	-2.08 ^{ns}
หลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์	15	2.00	0.459	

^{ns} P > .05

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้า ในช่วงก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า คะแนนการปรับตัวทางเพศและคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ดังตารางที่ 7 ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า การปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าของ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความสัมพันธ์กันทางลบทั้งในช่วงก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ จึงได้รับการยอมรับ

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการปรับตัวทางเพศกับภาวะซึมเศร้าของ กลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์

ระยะเวลา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P
ก่อนผ่าตัด	-.3143	.045
หลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์	-.3549	.027

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มต่างก็มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศในช่วงก่อนผ่าตัดใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 2) ภายหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (ตารางที่ 2 ภาพที่ 6) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ แสดงว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนตามแบบแผนที่กำหนด สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกมีการเปลี่ยนแปลงการปรับตัวทางเพศจากระยะก่อนผ่าตัด ไม่มากนัก ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับความรู้และการสนับสนุนตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศในช่วงหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ลดลงจากคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศในระยะก่อนผ่าตัดมากกว่า นั่นคือ กลุ่มควบคุมสามารถปรับตัวทางเพศได้น้อยกว่ากลุ่มทดลองในระยะหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ซึ่งตรงกับคำกล่าวของครุมม์ (Krumm 1982: 736) ที่ว่าการให้ความเชื่อมั่น และคำแนะนำ จะช่วยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางเพศที่เกิดขึ้นได้ บางท่านกล่าวว่า ความเข้าใจผิดในเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้สามารถอธิบายให้เข้าใจได้ และความสุขในครอบครัวก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ (ดำรง กิจกุล 2522: 1855-1856)

สำหรับแบบแผนการให้ความรู้และการสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบที่ใกล้เคียงกับความคิดเห็นของ แฟรงค์ (Frank 1981: 64) ซึ่งเห็นว่า การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นเพียงการสอนผู้ป่วยให้มีความรู้เพิ่มขึ้นอีกเรื่องหนึ่งเท่านั้น พยาบาลไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาในเรื่องเพศโดยเฉพาะ แต่ท่าทีของพยาบาลในการพูดเกี่ยวกับเรื่องเพศกับผู้ป่วย ควรมีท่าทีที่สงบ พร้อมทั้งสามารถเป็นผู้รับฟังได้อย่างเข้าใจและเห็นใจ และเป็นไปตามข้อเสนอแนะของ ประดับ ศรีกลิ่นธุ์ (2529: 168) ที่กล่าวว่า สื่อการสอนจะช่วยให้งานสอนและการเป็นที่ปรึกษาทางเพศทำได้สะดวก เข้าใจง่าย ลดความเขิน และเกิดความสบายใจของทั้งผู้ป่วยและพยาบาล เช่นเดียวกับ สมิธ (Smith 1989: 14) ที่ให้ความเห็นว่าการให้วัสดุทางการศึกษาแก่ผู้ป่วย จะเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยและคู่สมรสไม่มีคำถาม หรือยังไม่ต้องการสนทนาในเรื่องดังกล่าว ซึ่งอาจจะยังไม่ใช่เป็นเรื่องที่พวกเขากำลังสนใจมากในขณะนี้ก็ไม่ควรบังคับหรือยัดเยียด วัสดุทางการศึกษาจะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้อ่านข้อมูล และอาจทำให้มีคำถามเกิดขึ้น ก็จะทราบ

ว่าพวกเขาควรจะปรึกษาใครได้บ้าง และข้อดีอย่างหนึ่งของวัสดุทางการศึกษาหรือสิ่งพิมพ์และภาพคือเปิดโอกาสให้ผู้อ่านได้เรียนตามความสามารถของตนเอง (สุนันท์ สังข์อ่อง 2526 : 29) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจัดทำเอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ซึ่งจะช่วยให้การให้ความรู้มีเนื้อหาครอบคลุม ทั้งเรื่องโรค การรักษา และเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เมื่อทั้งผู้ป่วยและคู่สมรสอ่านแล้วเกิดความสงสัย หรือมีคำถามก็นำมาสอบถามทำให้มีการสนทนาอย่างต่อเนื่องเกิดขึ้น และเป็นการให้ความรู้ในสิ่งที่พวกเขาต้องการทราบอีกด้วย รวมทั้งได้สอบถามข้อสงสัยในเรื่องเพศได้มากขึ้น เพราะในปัจจุบันในสังคมไทยยังถือว่า การกล่าวถึงเรื่องเพศอย่างตรงไปตรงมานั้นไม่สุภาพ (เอนก อารินทร์ และสุวิภา อารินทร์ 2525: 17-18) ดังนั้นการให้ความรู้ร่วมกับเอกสารคำแนะนำ จะช่วยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถซักถามปัญหาต่างๆ ไป และที่เกี่ยวกับเรื่องเพศได้วิธีหนึ่ง บางท่านกล่าวว่า การสอนจะเป็นตัวช่วยสานต่อการประเมินผลกระทบจากการผ่าตัดที่เกิดขึ้นจริงในผู้ป่วยได้ (Fedak 1981: 260) นอกเหนือไปจากการซักประวัติในเรื่องเพศที่ถือว่าเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาในเรื่องเพศ (Mims & Swenson 1980: 7) ซึ่งอาจใช้ไม่ได้ผลมากนักในสังคมไทยโดยเฉพาะกับผู้ป่วยต่างๆ ไปที่ไม่ได้มีปัญหหรือต้องการรักษาในเรื่องเพศ ผู้ป่วยและคู่สมรสอาจเกิดความเขินอายขึ้นได้

การให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนของการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในระดับที่ 1 และระดับที่ 2 ของรูปแบบการช่วยเหลือตามแบบพลิสซิส (PLISSIT) กล่าวคือ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเกี่ยวกับความกังวลในเรื่องเพศ และในเรื่องอื่นๆ รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่อาจมีผลกระทบต่อเรื่องเพศ ตามลำดับ (Smith 1989: 14) และจัดอยู่ในระดับที่ 3 ของรูปแบบการให้ความช่วยเหลือในเรื่องของความสมบูรณ์ทางเพศ ของมิมส์และสเวนสัน (Mims & Swenson 1980: 78) ซึ่งมีขั้นตอนใกล้เคียงกับรูปแบบพลิสซิส ทั้ง 2 ระดับ นอกจากนี้ผลของการวิจัยยังสนับสนุนความคิดเห็นของวินิคและโรบินส์ (Winick & Robbins 1977: 484) ซึ่งให้ความเห็นว่าการเตรียมผู้ป่วยให้ทราบว่าจะพบกับอะไรในอนาคตอันใกล้ ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาและความยุ่งยากบางอย่างที่ต้องเผชิญ ระยะเวลาที่ต้องเผชิญกับสิ่งเหล่านั้น รวมทั้งจะสามารถจัดการกับสิ่งเหล่านั้นให้สำเร็จได้อย่างไร อาจมีผลทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็วและเกิดการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจน้อยลง ควรสอนในบรรยากาศที่สามารถสร้างความพึงพอใจ เปิดโอกาสให้ซักถามหรือระบายความรู้สึก และได้รับการสนับสนุน ปลอดภัย (Krueger et al. 1979: 147) ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับความรู้และการสนับสนุนตามแบบแผนที่กำหนด ได้ระบายความรู้สึกและสอบถามในสิ่งที่ตนเองกังวลใจ รวมทั้งได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ไม่เกิดความกลัวอันเนื่องมาจาก ความเชื่อหรือความเข้าใจผิด ทั้งในผู้ป่วย และคู่สมรส

จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้เร็ว จนสามารถปรับตัวทางเพศได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ คริสเตนเซน (Christensen 1983: 266-275) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกและคู่สมรสในกลุ่มทดลองที่ได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศตามแบบแผนที่กำหนด มีความพึงพอใจในเรื่องเพศสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังผ่าตัด 2-3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญ ความแตกต่างของคริสเตนเซน กับงานวิจัยครั้งนี้คือเขาไม่ได้วัดความพึงพอใจในเรื่องเพศในระยะก่อนผ่าตัด สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ทำการวัดคะแนนการปรับตัวทางเพศของก่อนผ่าตัดของทั้งสองกลุ่ม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 2 และภาพที่ 6) แต่เนื่องจากเรื่องเพศมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล จึงเลือกใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสามารถเปรียบเทียบกันได้ นอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้เมื่อดูเฉพาะด้านความพึงพอใจในเรื่องเพศ ซึ่งเป็น 1 ใน 7 ด้านของการปรับตัวทางเพศ พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในเรื่องเพศ ภายหลังการผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ คริสเตนเซนอีกด้วย

การศึกษานี้ได้ผลแตกต่างจากการศึกษาของครูเกอร์และคณะ (Krueger et al. 1979: 145-150) ที่พบว่า การให้คำปรึกษาในเรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกในระยะ 10-12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครูเกอร์และคณะวิจารณ์ว่า อาจมีความเกี่ยวข้องกับจำนวนและคุณภาพของการให้คำปรึกษาของพยาบาล ซึ่งพบว่ามีเพียงร้อยละ 11 ของผู้ป่วยที่รายงานว่าพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีประโยชน์อย่างมาก และผู้ป่วยร้อยละ 8 ที่รู้สึกว่าสามารถพูดปรึกษากับพยาบาลเกี่ยวกับเรื่องเพศได้อย่างรู้สึกสงบ แต่ในการศึกษานี้ ใน กลุ่มทดลองรับรู้ว่า พยาบาล ร้อยละ 46.7 ให้ความรู้เรื่องเพศมากกว่าแพทย์ ร้อยละ 6.7 ตรงข้ามกับกลุ่มควบคุมที่รับรู้ว่าแพทย์ ร้อยละ 33.3 ให้ความรู้เรื่องเพศ มากกว่าพยาบาลคือ ร้อยละ 13.3 (ตารางที่ 12 ภาคผนวก ง) ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้ป่วยรับรู้ว่า พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ในเรื่องเพศและเรื่องที่มีประโยชน์ มากกว่าการศึกษาของครูเกอร์และคณะ

ส่วนความต้องการของผู้ป่วยที่จะให้แพทย์และพยาบาล เป็นผู้ให้ความรู้ที่เกี่ยวกับเรื่องเพศนั้น ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมรายงานเท่ากันคือ ต้องการให้แพทย์เป็นผู้ให้ความรู้

ร้อยละ 66.7 และพยาบาลร้อยละ 53.3 (ตารางที่ 12) จึงพอสรุปได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการให้ทั้งแพทย์ และพยาบาล ให้ความรู้ในเรื่องเพศโดยพูดหรือสอบถามเป็นบางครั้งเมื่อมีโอกาส นอกจากนี้ คู่สมรส ก็เป็นอีกผู้หนึ่งที่ผู้ป่วยเลือกให้เป็นผู้ให้คำปรึกษาในเรื่องเพศทั้งก่อนและภายหลังการผ่าตัด (ตารางที่ 11) ดังนั้นการให้ความรู้แก่คู่สมรสก็จะ เป็นอีกวิธีหนึ่งในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย รวมทั้งตัวคู่สมรสเองก็อาจมีความต้องการความช่วยเหลือในการปรับตัวเช่นเดียวกัน บางท่านจึงแนะนำให้มีการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วย และคู่สมรส (Baider & Kaplan De-Nour 1984: 265-275) แต่ผู้ป่วยบางคน ให้ความเห็นว่า แพทย์และพยาบาลไม่ควรพูดในหัวข้อที่ เกี่ยวกับเรื่องเพศใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลองร้อยละ 26.7 และร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุม ร้อยละ 13.3 และ ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 12) ซึ่งอาจเกิดจากการมีทัศนคติหรือมองเรื่องเพศในด้านลบสืบเนื่องมาจากความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมก็อาจเป็นได้ (Lahey & Ciminero 1980: 515-516) รวมทั้งเรื่องเพศถือว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคลควรปกปิด (Smith 1989: 13) เช่นเดียวกับผู้ป่วยบางรายที่ให้ความเห็นว่า เรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่สะดวกที่จะคุยกับคนแปลกหน้านอกจากผู้ป่วยเป็นผู้ขอคำปรึกษาเอง และเห็นว่าการให้เอกสารคำแนะนำ น่าจะช่วยให้ได้ผลดี จากความเห็นของผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นความจำเป็นที่ผู้ให้ความรู้จะต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้และการสนับสนุนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งเป็นข้อหนึ่งของหลักการสอนผู้ป่วย ในระบบการพยาบาลแบบการให้ความรู้และการสนับสนุนของ โอเรม (สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 23-24)

ในการศึกษานี้ให้ผลแตกต่างจากการศึกษาของ แมกไทร์และคณะ (Maguire et al. 1980: 1454-1456). ที่พบว่า ภายหลังผ่าตัด 3 เดือน กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษามีปัญหาทางเพศใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมในระดับปานกลางถึงรุนแรง คือ ร้อยละ 40 และร้อยละ 31 ตามลำดับ แต่เมื่อศึกษาติดตามหลังผ่าตัด 12-18 เดือน พบว่ากลุ่มได้รับคำปรึกษามีปัญหาทางเพศลดลงต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมากคือ ร้อยละ 4 และร้อยละ 31 ตามลำดับ ต่างจากการศึกษาในครั้งนี้คือ ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนสามารถช่วยให้การปรับตัวทางเพศของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ในระยะสั้นคือ ระยะ 10-12 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในขณะที่การศึกษานี้ของแมกไทร์และคณะ แสดงผลในช่วงเวลานานกว่า คือ 12-18 เดือน นอกจากนี้กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาในการศึกษาของแมกไทร์และคณะ ถ้ามีปัญหาทางด้านจิตใจจะส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือทางจิตจากผู้เชี่ยวชาญมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นปัญหาทางเพศที่ลดลงไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นผลจากการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่อย่างไรก็ตามแมกไทร์

และคณะแสดงให้เห็นว่า ความผิดปกติทางด้านจิตใจและในเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดเต้านมออกและโรคมะเร็งเต้านมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบางการศึกษาพบว่า เวลาไม่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการปรับตัวและการปรับตัวทางเพศ (Baider & Kaplan De Nour 1984: 272-275; Bloom 1982: 1332) แต่ขึ้นอยู่กับทัศนคติในเรื่องเพศหลังผ่าตัด (Gerard 1982: 305-314) ความพึงพอใจในเรื่องเพศ ความพอใจกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การเตรียมการผ่าตัดที่ดีกว่า รวมทั้งการรับรู้ว่าคุณสมบัติเข้าใจปัญหาและความรู้สึกของภรรยา (Woods & Earp 1978: 279-285)

ในเรื่องของระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ ทำการวัดการปรับตัวทางเพศ 2 ระยะ เวลา คือ ระยะก่อนผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ คณะแผนการปรับตัวทางเพศในระยะก่อนผ่าตัด นำมาใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในระยะหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยถามย้อนหลังประมาณ 6 เดือน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ย้อนคิดถึงรูปแบบของการปรับตัวทางเพศของตนเองและคู่สมรส ซึ่งแต่ละคู่สมรสมีรูปแบบเป็นของตนเอง (นางลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และวันทนี วาสิกะสิน 2529: 76-77) รวมทั้งมีความแตกต่างตามวัยของผู้ป่วยและคู่สมรสอีกด้วย (เอนก อารีพรรค และสุวิทนา อารีพรรค 2525: 143-148) ส่วนการวัดการปรับตัวทางเพศในระยะ 10-12 สัปดาห์ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการสูญเสีย รวมทั้งต่อโรคและการรักษา ระยะเวลาที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ตามปกติ อาการแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเริ่มลดน้อยลง และเริ่มทำการรักษาเสริม ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับตัวต่อบุคคลรอบข้างและคู่สมรส ต้องเผชิญกับความเป็นจริง ในระยะนี้จึงน่าจะประเมินได้ว่าการเปลี่ยนแปลงการปรับตัวทางเพศมากหรือน้อยเพียงไร ซึ่งมีบางท่านให้คำแนะนำว่าควรมีเพศสัมพันธ์เร็วเท่าที่จะสามารถทำได้ หรือตั้งแต่ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Brunner & Suddarth 1984 : 217) จากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยบางคนคิดว่าเวลาที่เหมาะสมควรเป็นเวลาประมาณ 1 เดือนหลังผ่าตัด หรือเมื่อแผลหายสนิท ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกประเมินการปรับตัวทางเพศในระยะ 10-12 สัปดาห์ เพื่อไม่ให้เร็วหรือช้าจนเกินไป และเพื่อให้สัมพันธ์กับเวลาที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

จากการที่ทราบว่า ระยะเวลา ไม่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการปรับตัวและการปรับตัวทางเพศ ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถปรับตัวได้มากขึ้นหรือลดลงได้ตลอดเวลา (Baider & Kaplan De Nour 1984: 272-275) รวมทั้งสามารถพบกับปัญหาทางเพศได้ทั้งในระยะสั้นและ

ระยะยาว 2-6 ปีหรืออาจจะมากกว่า 20 ปี (Goldfarb et al. 1970:104-105; Jamison, Wellisch & Pasnau 1978: 433-434; Maguire et al. 1978: 963-965; Morris, Greer & White 1977: 2384; Woods & Earp, 1978: 279-285) จึงจำเป็นที่จะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและคู่สมรสในเรื่องเพศโดยให้ความรู้และการสนับสนุน ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และควรมีการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง . โดยไม่คาดหวังว่าปัญหาต่างๆ จะดีขึ้นได้เองเมื่อเวลาผ่านไป การดูแลผู้ป่วยในเรื่องเพศจึงเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาบุคคลทั้งคน (Wood & Tombrink 1983: 53) และการให้ข้อมูลในเรื่องเพศถูกจัดให้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งเป็นสิทธิทางกฎหมายของผู้ป่วยที่จะต้องได้รับข้อมูลดังกล่าว นอกจากการให้ความรู้และการสนับสนุน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความกังวลใจเกี่ยวกับเรื่องโรคที่มีต่อเรื่องเพศได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (Smith 1989: 14) ซึ่งการศึกษาค้นคว้านี้สามารถสนับสนุนคำกล่าวได้เป็นอย่างดี

ส่วนคำถามเฉพาะของแบบวัดการปรับตัวทางเพศสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกในเรื่องของการสัมผัสเต้านม การจูบบริเวณเต้านม และการกระตุ้นบริเวณเต้านม พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แต่ไม่พบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 13 ภาคผนวก ง) ข้อสังเกตที่พบเช่นเดียวกับการศึกษาของ กรอฟ (Graf 1977: 105) ที่พบว่าภายหลังผ่าตัดเต้านมออกผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการประเล้าประโลมคือการสัมผัสบริเวณเต้านมลดลงเช่นเดียวกัน แต่เมื่อสังเกตจากคะแนนการปรับตัวทางเพศในด้านการประเล้าประโลมโดยรวมแล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 2) นั่นคือ การให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน สามารถช่วยให้คะแนนการประเล้าประโลม ระยะเวลาหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงขึ้นกว่าในระยะก่อนผ่าตัด ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนในหัวข้อดังกล่าวลดลงจากระยะก่อนผ่าตัด นอกจากนี้คะแนนการปรับตัวทางเพศในด้านความพึงพอใจในเรื่องเพศ ก็ให้ผลเช่นเดียวกัน คือ กลุ่มทดลองมีคะแนนมากขึ้นกว่าในระยะก่อนผ่าตัด และมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 2) การมีคะแนนเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนผ่าตัดในกลุ่มทดลอง และคะแนนลดลงในกลุ่มควบคุม ทำให้น่าเชื่อว่า แบบแผนการให้ความรู้และการสนับสนุนสามารถส่งเสริมการปรับตัวทางเพศในทั้ง 2 ด้าน ดังกล่าวนี้นี้มากกว่าด้านอื่นๆ

ภาวะซึมเศร้า

ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะซึมเศร้า ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ อย่างไรก็ดีไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) ในระยะก่อนผ่าตัด พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมต่ำกว่ากลุ่มทดลอง (ตารางที่ 3) ซึ่งน่าจะเป็นข้อได้เปรียบของกลุ่มควบคุม แต่พบว่าภายหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มมากขึ้น ทั้งๆ ที่ลดลงในระยะ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด เมื่อเทียบกับในระยะก่อนผ่าตัด ในทางตรงข้าม ผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามั่น้อยๆ ลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป และมีแนวโน้มว่าจะแตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($P=.06$) ซึ่งอาจเนื่องจากจำนวนตัวอย่างไม่ค่อยเกินไป จึงไม่เห็นความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

สำหรับภาวะซึมเศร้านั้นบางท่านแสดงความคิดเห็นว่าเป็นตัวแปรต่อเนื่อง (จินตนา ชูนิพันธ์ 2528: 163; Bieliauskas 1984: 38) นอกจากนี้การศึกษาของมอริส เกียร์และไวท์ (Morris, Greer & White 1977: 2385-2386) พบว่าคะแนนของแบบวัดทางด้านจิตใจและภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนผ่าตัด สามารถเป็นตัวทำนายการปรับตัวในช่วง 2 ปีหลังผ่าตัดได้ ดังนั้นคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนผ่าตัด น่าจะมีผลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังผ่าตัด เมื่อทดสอบอิทธิพลของคะแนนภาวะซึมเศร้าในช่วงก่อนผ่าตัดในการศึกษานี้ พบว่า มีอิทธิพลจริงดังคาดไว้ จึงต้องใช้คะแนนในช่วงก่อนผ่าตัดเป็นตัวปรับคะแนนภาวะซึมเศร้าของทั้ง 2 กลุ่ม จึงจะสามารถเปรียบเทียบกันได้ และได้ผลดังกล่าวแล้วข้างต้น

เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$) จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มแต่ละกลุ่มในระยะเวลาที่แตกต่างกัน พบว่าในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ ต่างจากคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในระยะหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์กับ 10-12 สัปดาห์ พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงทั้ง 2 ระยะ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5) ส่วนในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มเมื่อระยะเวลาต่างกันทั้ง 3 ระยะ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6) และเมื่อเปรียบเทียบจากคะแนนเฉลี่ยแล้ว พบว่า ในระยะหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ กับ 10-12 สัปดาห์

กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังนั้นถึงแม้ว่าจะไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มแต่ละกลุ่มแล้วพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มที่จะลดลง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีแนวโน้มจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จึงน่าจะเชื่อว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนในกลุ่มทดลองอาจจะมีผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงได้

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ แมกไกร์และคณะ (Maguire et al. 1980: 1454-1455) ที่พบว่าในช่วงหลังผ่าตัด 3 เดือน ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน แต่ในกลุ่มทดลองภาวะซึมเศร้ามลดลงในระยะหลังผ่าตัด 12-18 เดือน นอกจากนี้ได้ผลเช่นเดียวกับผู้ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกในระยะยาว ที่ไม่พบความแตกต่างของจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกกับผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกที่เต้านมชนิดธรรมดา ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 3 เดือน และ 12 เดือน แต่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในระยะ 2 ปีหลังผ่าตัด (Morris, Greer & White 1977: 2383)

ส่วนในเรื่องของการรักษาเสริม ยังเป็นที่ขัดแย้งกันว่าจะมีผลต่อการปรับตัวทั้งในผู้ป่วยและสามี (Baider & Kaplan De-Nour 1984: 271-272; Morris, Greer & White 1977: 2385; Northouse & Swain 1987: 224) จึงยังไม่อาจสรุปผลของการรักษาเสริมได้ ส่วนในการศึกษานี้ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้รับการรักษาเสริม กลุ่มทดลองร้อยละ 46.7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 60 พบว่าอาการข้างเคียงของการรักษาเสริมในกลุ่มควบคุมมีอาการมากกว่ากลุ่มทดลอง (ตารางที่ 10 ภาคผนวก ง) อย่างไรก็ตามถ้าการรักษาเสริมมีผลต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมาก คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมในระยะหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์น่าจะมีความแตกต่างกับช่วงก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การรักษาเสริมและอาการข้างเคียงของการรักษาเสริมที่มีมากกว่า จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า นอกจากนี้แม้กลุ่มทดลองจะได้เปรียบในกรณีดังกล่าว แต่กลุ่มทดลองก็มีอาการแทรกซ้อนมากกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 10 ภาคผนวก ง) ดังนั้นในแต่ละกลุ่มต่างก็มีข้อได้เปรียบกันอยู่ ซึ่งถ้าสามารถควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด การรักษาเสริม และอาการข้างเคียงของการรักษาเสริมในจำนวนที่ใกล้เคียงกันได้ การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้ามระหว่างกลุ่มคงจะชัดเจนมากขึ้น ซึ่งนับเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

การศึกษาในครั้งนี้ให้ผลแตกต่างจากการศึกษาหลายท่าน ที่พบว่า ภายหลังการให้ความรู้ หรือคำปรึกษา จะสามารถช่วยให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ (มาลัย แพนธานี 2527:91-94; สุพรรณิ สุ่มเล็ก 2527:ข,162; Christensen 1983:271-272; Krueger et al.1979:145) ในส่วนที่มีการศึกษาขัดแย้งกันนี้ วอร์ดและไวส์แมน (Worden & Weisman 1977: 174) อธิบายไว้โดยสรุปว่า โรคซึมเศร้ามีผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ รวมทั้งการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสภาพที่เป็นอยู่แตกต่างกัน ปัญหาทางด้านจิตอารมณ์จึงเกิดขึ้นได้อย่างกว้างขวางโดยสิ่งแวดล้อมที่ผลักดันให้เกิดสิ่งต่างๆ ขึ้น ไม่เพียงแต่เฉพาะเรื่องโรค บริเวณที่เกิดโรคหรืออาการแสดงเท่านั้น ดังนั้นจึงยังคงมีอีกหลายสิ่งมากมายที่จะต้องทำความเข้าใจทั้งในเรื่องผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อทางด้านจิตสังคม และผลของการให้ความช่วยเหลือต่อผลกระทบดังกล่าว (Gordon et al. 1980: 758) ซึ่งการให้ความรู้และการสนับสนุนผู้ป่วยและคู่สมรส ก็เป็นเพียงรูปแบบหนึ่งในการให้ความช่วยเหลือเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนแสดงให้เห็นแนวโน้มว่าสามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้บ้าง แต่ยังเห็นผลไม่ชัดเจน การเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง และเพิ่มระยะเวลาของการศึกษาติดตามอาจช่วยให้เห็นผล ได้ชัดเจนมากขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องทำการศึกษาต่อไป

การปรับตัวทางเพศกับภาวะซึมเศร้า

มีการศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกค่อนข้างมากที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเต้านมภายหลังการผ่าตัด มักมีปัญหาในเรื่องเพศ และภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น (Bard & Sutherland 1955:660-667; Jamison, Wellisch & Pasnau 1978:432-436 ; Maguire et al. 1978: 963-965; Morris, Greer & White 1977: 2381-2387; Woods & Earp 1978: 279-285) หรือศึกษาผลของการให้ความช่วยเหลือโดยสังเกตการลดลงของภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการลดปัญหาทางเพศ หรือการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วย (Christensen 1983:266-275; Maguire et al. 1980: 1454-1456) และจากความรู้ที่ว่าผลกระทบทางด้านจิตใจจะมีผลต่อเรื่องเพศ (แอนา อาร์พรรค และสุวัทนา อาร์พรรค 2525: 163; Lahey & Ciminero 1980: 515)

การศึกษาค้างนี้ ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 คือ การปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางลบทั้งในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ (ตารางที่ 7) การหาความสัมพันธ์เช่นนี้ในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ยังไม่พบผู้ใดทำการการศึกษาไว้ เพียงแต่มีการศึกษา ในเรื่องการปรับตัวทางเพศ หรือปัญหาทางเพศ พร้อมกับศึกษาภาวะซึมเศร้า ดังกล่าวแล้ว

ผลการศึกษาค้างนี้ให้ผลเช่นเดียวกับ การศึกษาของครูเกอร์ และคณะ (Krueger et al. 1979: 145-150) ที่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออก แต่รายงานผลว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางเพศ เนื่องจากในการศึกษาดังกล่าว จัดแบบสอบถามของ ทุ้ง โดยให้คะแนนน้อย หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามาก แต่สามารถแปลผลได้เช่นเดียวกับการศึกษาค้างนี้

การที่พบว่า การปรับตัวทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า เป็นไปตามทฤษฎี กล่าวคือ อารมณ์เศร้าสามารถทำลายอารมณ์เพศ และเป็นสาเหตุของความบกพร่องทางเพศได้ ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้ามาก หรือพอประมาณ มักไม่ไปถึง หรือสนใจกิจกรรมทางเพศ และยังพบว่า อารมณ์ซึมเศร้ามีผลต่อฮอร์โมนบางชนิดในร่างกาย ส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลงอีกด้วย (เอนก อารีพรรค และ สุวิทนา อารีพรรค 2525: 163) รวมทั้งผลกระทบทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ก็สามารถทำให้มีผลต่อการตอบสนองทางเพศได้เช่นเดียวกัน (Manchester 1978: 696-698)

ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มักรู้สึกหมดหวัง ต่ำทันทนเอง ความต้องการทางด้านร่างกายต่างๆ ลดลง รวมทั้งในเรื่องเพศด้วย แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าบางรายก็พบว่ามีความต้องการทางเพศมากขึ้น เพื่อเป็นการผ่อนคลาย และกระตุ้นความรู้สึกของตนเอง (Renshaw 1975:47) นอกจากนี้เรื่องเพศของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีความหมายซับซ้อนมากกว่าคนปกติ บางรายใช้เรื่องเพศแสดงถึงความมีคุณค่า และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อคู่สมรส และอาจใช้แสดงถึงความเปราะบางหรือการมีชีวิตอยู่ (Ayres & Nishimoto 1981:58-59; Lamb & Woods 1981:137) แต่อย่างไรก็ตาม คงขึ้นอยู่กับระดับ และความยาวนาน ของการเกิดภาวะซึมเศร้าอีกด้วย (Renshaw 1975:47)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบ จึงอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก มีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดมีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็น ระยะเวลาหนึ่งของการปรับตัวต่อโรคมะเร็งและการสูญเสีย ทำให้ความสามารถในการปรับตัวทางเพศลดลง ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการให้ความรู้และการสนับสนุน จะช่วยให้การปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยดีขึ้น และน่าจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ ในทางกลับกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง ก็จะเป็นการส่งเสริมการปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยเฉพาะถ้าการมีกิจกรรมทางเพศจะสามารถช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวของผู้ป่วยได้

กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวทางเพศสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ และพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม คะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะก่อนผ่าตัด แต่ไม่แตกต่างกันในระยะหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างกันในทั้ง 3 ระยะเวลา นอกจากนี้ยังพบว่าการปรับตัวทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า แสดงว่าการให้ความรู้และการสนับสนุนตามแบบแผนที่กำหนดสามารถส่งเสริมการปรับตัวทางเพศได้ และมีแนวโน้มว่าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกได้อีกด้วย ดังนั้นวิธีการให้ความรู้และการสนับสนุนผู้ป่วยและคู่สมรสตามแบบแผนที่กำหนดในการศึกษานี้ จึงควรนำไปปรับปรุงใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกท่านอื่นๆ ต่อไปได้ในอนาคต

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ข้อจำกัดในด้านความตรงภายใน (internal validity)

1.1 ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมความลำเอียงที่อาจเกิดต่อผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ระยะเวลาให้ความรู้และการสนับสนุน เนื่องจากความคาดหวังในผลของการวิจัยได้ ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อผลการวิจัยครั้งนี้

1.2 ไม่สามารถควบคุมในเรื่อง การรับรู้ ข่าวสาร ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด อาการข้างเคียงภายหลังการรักษาเสริม ซึ่งอาจมีผลต่อการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้าได้

1.3 ไม่สามารถให้ความรู้ และการสนับสนุนแก่คู่สมรสของกลุ่มทดลองได้ทุกคน โดยบางคนได้อ่านเฉพาะเอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก เนื่องจากไม่สามารถมาพบผู้วิจัยได้ อาจมีผลกระทบต่อผลการศึกษารั้งนี้

2. ข้อจำกัดในด้านความตรงภายนอก (external validity)

เนื่องจากการศึกษารั้งนี้ มีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และศึกษาเฉพาะที่ โรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงในผู้ป่วยกลุ่มอื่นได้

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ทำการศึกษาผลของการให้ความรู้ และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผนแก่คู่สมรส ต่อการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการปรับตัวทางเพศของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะเวลาที่ต่างกันคือ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวทางเพศกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า

1. การให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน สามารถช่วยให้การปรับตัวทางเพศ ในระยะหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลอง ทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงเพียงเล็กน้อย ทั้งการปรับตัวทางเพศรายด้าน และโดยรวม นอกจากนี้พบว่า การปรับตัวทางเพศในด้านการประเล้าประโลม และด้านความพึงพอใจ มีคะแนนเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนผ่าตัด และมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีคะแนนการปรับตัวทางเพศ ทั้งรายด้าน และโดยรวม ลดลงจากระยะก่อนผ่าตัด

ส่วนผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน ต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า ในระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีแนวโน้มว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าจะค่อยๆ ลดลง ทั้งในระยะ 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุม คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงในระยะหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และเพิ่มมากขึ้นในระยะ 10-12 สัปดาห์

2. การปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนผ่าตัดมีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภายหลังผ่าตัดทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ผลการให้ความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน สามารถช่วยให้กลุ่มทดลอง มีคะแนนการปรับตัวทางเพศมากกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

3. ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะ 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) แต่ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนน

ภาวะซึมเศร้าภายหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ ต่ำกว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ต่ำกว่า 1 สัปดาห์ อย่างไม่มีนัยสำคัญ ($P > .05$) ในกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าทั้งใน ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

4. การปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ($r = -.31, P = .045$) และ 10-12 สัปดาห์หลังผ่าตัด ($r = -.35, P = .027$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนตามแบบแผนที่กำหนดสามารถส่งเสริมให้การปรับตัวทางเพศของผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ผู้ให้ความรู้และการสนับสนุนควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศ ความสำคัญของเรื่องเพศ และสามารถพูดในหัวข้อเรื่องเพศได้ด้วยท่าทีที่สงบ รวมทั้งสามารถยอมรับผู้ป่วยแต่ละรายว่ามีความรู้ในเรื่องเพศ ความเชื่อ ทศนคติและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน และพบว่าการใช้เอกสารที่ให้คำแนะนำเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับโรค ก็เป็นสื่ออีกอย่างหนึ่งในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและคู่สมรส ซึ่งสามารถนำไปสู่การพูดคุยในเรื่องเพศที่เกี่ยวข้องกับโรคได้โดยไม่ทำให้เกิดความเขินอาย นอกจากนี้การให้ความรู้ ผู้ให้ จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วย

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนยังมีแนวโน้มว่าจะสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกได้อีกด้วย แต่พยาบาลผู้ให้ความรู้และการสนับสนุน ควรทำการประเมินผู้ป่วยและให้ความรู้ การสนับสนุนตามความเหมาะสม และตามความต้องการของผู้ป่วย แบบแผนการให้ความรู้และการสนับสนุน และ/หรือเอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงน่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถปรับปรุงนำไปใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละรายได้

2. เป็นแนวทางให้พยาบาลได้เห็นบทบาทงานอันเป็นอิสระ ในการให้ความช่วยเหลือ

ผู้ป่วย ทั้งในเรื่องของการให้ความรู้ การลดและป้องกันปัญหาทางเพศที่อาจจะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก ส่งเสริมการปรับตัวทางด้านจิตใจและการปรับตัวทางเพศ รวมทั้งส่งเสริมคุณภาพชีวิตภายหลังการผ่าตัดเต้านมออกได้โดยสามารถวัดผลให้เห็นอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกในระยะหลังผ่าตัดให้นานมากขึ้น ทั้งกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนอย่างมีแบบแผน และกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนตามปกติ เนื่องจากการศึกษารั้งนี้อาจจะทำการติดตามเร็วเกินไป จึงพบว่าภาวะซึมเศร้าในระยะ 1 สัปดาห์ และ 10-12 สัปดาห์ ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน
2. ทำการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษารั้งนี้ โดยควบคุมในเรื่อง ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด และชนิดของการรักษาเสริม รวมทั้งเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น กำหนดให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้รับความรู้และการสนับสนุนทุกราย การศึกษารั้งนี้ไม่ได้ควบคุมตัวแปรดังกล่าว ทำให้การสรุปผลการวิจัยทำได้ไม่ชัดเจนนัก โดยเฉพาะในเรื่องของภาวะซึมเศร้า
3. เปรียบเทียบระหว่าง กลุ่มที่ได้รับเฉพาะเอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกเพียงอย่างเดียว กับกลุ่มที่ได้รับเอกสารคำแนะนำผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก ร่วมกับการให้ความรู้ตามเนื้อหาและการสนับสนุนจากพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยบางรายให้ความเห็นว่า การให้ความรู้โดยการให้เอกสาร จะสามารถช่วยผู้ป่วยได้โดยไม่เกิดความเขินอาย ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมนิยม และวัฒนธรรมของแต่ละสังคมอีกด้วย
4. เปรียบเทียบการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกและคู่สมรส ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและคู่สมรสที่ได้รับและไม่ได้ได้รับความรู้และการสนับสนุน ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ ทั้งภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม ในการศึกษาครั้งนี้อาจจะศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยเท่านั้น ผลกระทบของการผ่าตัดเต้านมออกที่มีต่อคู่สมรส อาจมีผลกระทบต่อการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ ซึ่งจะช่วยให้สามารถอธิบายผลของการวิจัยได้มากขึ้น
5. หาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวทางเพศ กับภาวะซึมเศร้า ร่วมกับตัวแปรอื่นๆ เช่น ความเชื่อและทัศนคติในเรื่องเพศ การสนับสนุนทางสังคม การปรับตัวต่อความเจ็บป่วยในด้านอื่นๆ ซึ่งอาจมีผลต่อตัวแปรดังกล่าวได้
6. ปรับปรุงวิธีการให้ความรู้และการสนับสนุน โดยใช้สื่อการสอนชนิดอื่นนอกเหนือ

จากการใช้เอกสารคำแนะนำฯ จัดให้มีการเข้ากลุ่มสนทนาร่วมกันในช่วงหลังผ่าตัด จัดให้มีการ
ออกกำลังแขนร่วมกันเป็นกลุ่ม เชิญให้ผู้ที่สามารถปรับตัวได้ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ให้ความรู้
และสนับสนุนให้กำลังใจเป็นกลุ่มหรือเฉพาะผู้ป่วยแต่ละรายเป็นต้น

7. ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย และการช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องของการปรับตัว
ทางเพศ ในผู้ป่วยโรคอื่นๆ ได้ต่อไป เช่น ผู้ป่วยผ่าตัดลำไส้ออกทางหน้าท้อง (colostomy)
ผู้ป่วยผ่าตัดมดลูกออก (hysterectomy) เป็นต้น





บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. ประเทศสหรัฐอเมริกา. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. เคมีบำบัดและท่าน : คำแนะนำเพื่อช่วยตัวเองในขณะที่ได้รับการรักษา. แปลและเรียบเรียงโดย รัชตะ รัชตะนาวิน, กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์กรุงเทพ, 2527.
- กระทรวงสาธารณสุข. ประเทศสหรัฐอเมริกา. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. รังสีรักษาและท่าน : คำแนะนำเพื่อช่วยตัวเองในขณะที่ได้รับการรักษา. แปลและเรียบเรียงโดย รัชตะ รัชตะนาวิน กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์กรุงเทพ, 2527.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคนอื่นๆ. "การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของคู่สมรส กับพฤติกรรมทางเพศในระยะตั้งครรภ์" วารสารพยาบาลศาสตร์. 5 (กรกฎาคม-กันยายน 2530) : 186-198.
- งานเวชสถิติ. รายงานจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมออกหมดโดยสิ้นเชิง ชนิดดัดแปลง. พ.ศ. 2523-2530. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2531.
- จิตร สิทธีอมร และปรีดา ทัดประดิษฐ์. "การวิจัย : III แบบแผนการวิจัย" คลินิก. 5 (กุมภาพันธ์ 2532) : 97-108.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. การพยาบาลจิตเวช. เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.
- "_____". ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- จรัญ จันทลักษณ์. สถิติวิธีวิเคราะห์และวางแผนงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2523.
- "_____". และอนันต์ชัย เขื่อนธรรม. สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2529.
- จอน ทองสงค์. "การวินิจฉัยและการรักษาความเศร้า". วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 17 (กรกฎาคม 2515) : 257-272.
- ฉวี . มากมณี. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดน้ำดี ในถุงน้ำดี วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ดำรง กิจกุล. "มุนคณิกการ" สารศิริราช. 31 (พฤศจิกายน 2522) : 1849-1856.

นิภา อัสวเพิ่มพูนผล. ผลของการพยาบาลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

นางลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และวันทนี วาสิกะสิน. "การแต่งงานและการครองเรือน" ใน เพศศึกษา : ประชากรกับการวางแผนครอบครัว. หน้า 76-77. นางลักษณ์ เอมประดิษฐ์, วันทนี วาสิกะสิน, รัชฎา เมธาวีกุล และแสง บุญเฉลิมวิภาส. บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : อักษรบัณฑิต, 2529.

ประคอง รัชคศิริ, มาลี สันธิเกษตวัน, ประนอม นิยมขาวขำ และทศนีย์ ศรีสวัสดิ์. คู่มือทางการพยาบาลเรื่องการพยาบาลโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2523.

ประดับ ศรีกลีพันธ์. เอกสารประกอบคำสอน : การพยาบาลด้านจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2529.ก (อัดสำเนา)

ประดับ ศรีกลีพันธ์. "การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ผู้มีโรคเกี่ยวกับการขับถ่าย และเพศสัมพันธ์" ใน เอกสารการสอนชุดวิชา การเลือกสรรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ. หน้า 162-175 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์ชนนิพนธ์, 2529. ข

แผนกเวชสถิติ. สถิติโรคและการผ่าตัด พ.ศ. 2524 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

" ____ ". สถิติโรคและการผ่าตัด พ.ศ. 2525 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

" ____ ". สถิติโรคและการผ่าตัด พ.ศ. 2526 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.

" ____ ". สถิติโรคและการผ่าตัด พ.ศ. 2527 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.

" ____ ". สถิติโรคและการผ่าตัด พ.ศ. 2528 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

มาลัย แทนธานี. ผลการสออย่างมีแบบแผนต่อความรู้ลึกซึ้งเศร้า ภาพลักษณ์และความเข้าใจ ในการปฏิบัติตนโดยทั่วไปและทางเพศ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ออก ทั้ง 2 ข้าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก

- บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- ยุวดี ฤชา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วิเคเตอร์เพาเวอร์ พอยท์ จำกัด, 2532.
- ยุพาณิ ศิริโพธิ์งาม. ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง ภายหลังการผ่าตัดเต้านมออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
- วรวิทย์ คลอวุฒินันท์. มะเร็งเต้านม ... เรื่องที่ผู้หญิงทุกคนควรรู้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สุทธินิสารการพิมพ์, 2525.
- สมาคมเคหะเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย. ครอบครัวสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์วิบูลย์กิจ, 2518.
- สันต์ หัตถิรัตน์. "จิตวิทยาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง" แพทยสาร. 14 (กันยายน 2528): 401-408.
- สายพร รัตนเรืองวัฒนา. การเปรียบเทียบผลการเริ่มต้นบริหารข้อไหล่เร็วและช้า ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สมจิต หนูเจริญกุล. "ภาวะเครียดกับโรคมะเร็ง." วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามากิบัติ. 8 (กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2532): 33-43.
- สมปอง รักษาสุข. "การรักษา มะเร็งเต้านม เราจะไปทางไหน." รามากิบัติเวชสาร. 9 (กรกฎาคม-กันยายน 2529): 131-135.
- สมภาพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2524.
- สุชาติ โสภประยูร และ วรณี โสภประยูร. เพศศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุนันท์ สังข์อ่อง. สื่อการสอนและนวัตกรรมการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: บริษัทไอเดียนส์ไตร์, 2526.
- สุนรรณี สุ่มเล็ก. ผลของการพยาบาลต่อการลดความกลัว ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความเจ็บปวดทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- สุภาณี วตินอมร. "การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด." ใน การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. หน้า 805-806. สุภาณี วตินอมร, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2531.

ส่วนนี้ เกี่ยวกั้แก้ว. แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ปอง, 2527.
 อาคม เขียรศิลป์. ความรู้เกี่ยวกับเคมีบำบัด. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
 กรุงเทพมหานคร : บริษัท แอคก้าอินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด, 2531.ก
 "_____". มะเร็งก้าวใหม่ของการรักษา. กรุงเทพมหานคร : บริษัท แอคก้าอินเตอร์
 เนชั่นแนล จำกัด, 2531.ข
 เอนก อาริพรรค และสุวิทนา อาริพรรค. เรียนรู้เรื่องเพศ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

- Anderson, B.L. and Jochimsen, P.R. "Sexual functioning among breast cancer and healthy women." Journal of Consulting and Clinical Psychology. LIII (February 1985): 25-32.
- Andrews, H.A. and Roy, S.C. Essentials of the Roy adaptation model. Connecticut : Appleton - Century - Crofts, 1986.
- Asken, M.S. "Psychoemotional aspects of mastectomy : A review of recent literature." American Journal Psychiatry. CXXXII (January 1975): 56-59.
- Ayres, T. and Nishimoto, P. "Sex counseling of cancer patients in remission." In American Cancer Nursing. American Cancer Third National Conference on Cancer Nursing. pp.58-63. American Cancer Society, Atlanta : Georgia, 1981.
- Baider, L. Kaplan De-Nour, A. "Couples' reactions and adjustment to mastectomy : A preliminary report." International Journal of Psychiatry in Medicine. XIV (March 1984) : 265-276.
- Bard, M. and Sutherland, A.M. "Psychological impact of cancer and it's treatment : IV Adaptation to radical mastectomy." Cancer. VIII (July-August 1955) : 656-672.
- Beahrs, O.H. "Staging of cancer of the breast as a guide to therapy" Cancer. Supplement LIII (February 1984) : 592-594.
- Beck, A.T. Ward, C.H. Mendelson, M. Mock, J. and Erbaugh, S. "An inventory for measuring depression." Archives of General

- Psychiatry. IV (June 1961) : 561-571.
- Bieliauskas, L.A. "Depression, stress and cancer." In Psychosocial Stress and Cancer. pp.37-48 Edited by C.L. Cooper. New York: John Wiley & Sons Ltd, 1984.
- Bloom, J.R. "Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer." Social Science and Medicine. XVI 1982: 1329-1338.
- Brunner, L.S. and Suddarth, D.S. Ed. "Human sexuality" In Text Book of Medical - Surgical Nursing. pp.205-223. 5th. ed. Philadelphia: J.B. Lippicott Company, 1984.
- Burkhalter, P.K. "Sexuality and the cancer patient." In Dynamics of Oncology Nursing. Edited by P.K. Burkhalter and D.L. Donley , New York: Mc-Graw Hill Book Company, 1978.
- Byre, D.G. Boyle, D. and Pritchard, D.W. "Sex differences in response to self-rating depression scale." British Journal of Social and Clinic Psychology. XVI (September 1977): 269-273.
- Clark, T.L. and Caplan, H.W. "Sexual ignorance as a cause of poor sexual adjustment." Medical Aspect of Human Sexuality. X (October 1976): 100, 107-108, 113-115.
- Christensen, D.N. "Postmastectomy couple counseling: An outcome study of a structured treatment protocol." Journal of Sex & Marital Therapy. IX (Winter 1983): 266-275.
- Coughlan, U. "Dear nurse." Nursing Time. LXXXV (October 1987): 32-34.
- Derogatis, L.R. Abeloff, M.D. and Melisaratos, N. "Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer." Journal of the American Medical Association. CCXLII (October 1979): 1504-1508.
- Durbach, E. Goodall, R. and Wilkinson, K. "Instruction objectives in patient education." Nursing Outlook. XXXV (March-April 1987) 82-83,88.

- Elder, M. "The unmet challenge ...nurse counseling on sexuality"
Nursing Outlook. XVIII (November 1970):38-40.
- Fedak, M.K. "Teaching the patient about sexuality." In Cancer Care: A Guide for Patient Education. pp. 257-288. Edited by D.M. Ivers, New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.
- Fisher, S.G. "The psychosexual effects of cancer and cancer treatment".
Oncology Nursing Forum. X (Spring 1983):63-68.
- "_____". "Sexuality as a variable in oncology nursing research."
Oncology Nursing Forum. XII (January/February 1985) :87-88.
- Fonseca, J.D. "Sexuality: A quality of being human." Nursing Outlook. XVIII (November 1970): 25.
- Frank, D.I. "Sexual counseling to a mastectomy patient." Nursing. LXXXI (January 1981): 64-67.
- Freidenbergs, I. Gordon, W. Ruchdeschel, M. and Diller, L.
"Assessment and treatment of psychosocial problems of the cancer patient : A case study" Cancer Nursing. LXI (April 1980): 111-119.
- Gerard, D. "Sexual function after mastectomy :Life V.S.lab." Journal of Sex & Marital Therapy. VIII (Winter 1982):305-315.
- Giuliano, A.E. "Breast." In Current Surgical Diagnosis and Treatment. pp.254-268. 7th. ed. Edited by L.W. Way, Singapore: Maruzen Asia Edition, 1985.
- Goldfarb, A.I. Martin, R.G. Rose, D.L. and Segaloff, A. "The post mastectomy patient: Emotional and physical rehabilitation."
Patient Care. (December 1970): 104-105.
- Gordon, W.A. et al. "Efficacy of psychosocial intervention with cancer patients" Journal of Consulting and Clinical Psychology. IIL (December 1980): 743-759.
- Graf, M.S. "Sexual adjustment following mastectomy" Unpublish research paper. Milwaukee: Marquette University, 1977.

- Graydon, J.E. "Physiological and psychosocial aspects of breast cancer."
In Recent Advance in Nursing III: Cancer Nursing. pp.39-53.
Edited by M.C. Cahoon. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982.
- Griffiths, M.J. Murray, K.H. and Russo, P.C. Oncology nursing:
Pathophysiology, Assessment and Intervention. New York:
Macmillan Publishing Company, 1984.
- Gulledge, A.D. and Calabrese, J.R. "Diagnosis of anxiety and depression"
Medical Clinics of North America. LXXII (July 1988): 753-763.
- Hughes, J.E. "Psychological and social consequences of cancer."
Cancer Surveys. VI (Winter 1987): 455-475.
- Hughes, K. "Clinical update." Nursing Time. LXXXIII (March 1987):66.
- Jamison, K.R. Wellisch, D.K. and Pasnau, R.O. "Psychosocial aspects
of mastectomy: I. The woman's perspective." American Journal
Psychiatry. CXXXV (April 1978): 432-436.
- Kamerow, D.B. "Anxiety and depression in the medical setting: An
overview" Medical Clinics of North America. LXXII (July
1988): 745-751.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.S. Clinical psychiatry: From synopsis of
psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkin, 1988.
- Kinne, D.W. "Surgical management of clinically early breast cancer."
Cancer. Supplement LIII (February 1984): 685-690.
- Krause, K. "Nursing practise : Responding to breast cancer." Nursing
Times. LXXXIII (March 1987): 63-66.
- Kriss, R. "Self-image and sexuality after mastectomy." In Sexuality &
Physical Disability: Personal Perspectives. pp.185-192.
Edited by D.G. Bullard and S.E. Knight, St. Louis: The C.V.
Mosby Company, 1981.
- Krueger, J.C. Hassell, J. Goggins, D.B. Ishimatsu, T. Pablico, M.R.
and Tuttle, E.S. "Relationship between nurse counseling and
sexual adjustment after hysterectomy." Nursing Research. XXVIII

- (May-June 1979): 145-150.
- Krumm, S. "Psychosocial adaptation of the adult with cancer." Nursing Clinics of North America. XVII (December 1982): 729-737.
- Lahey, B.B. and Ciminero, A.R. "Sexual disorder" In Maladaptive Behavior: An Introduction to Abnormal Psychology. p.515
Illinois: Scott, Foreman and Company, 1980.
- Lamb, M.A. and Woods, N.F. "Sexuality and the cancer patient." Cancer Nursing. IV (April 1981): 137-144.
- Lehmann, H.E. "Affective disorders: Clinical features." In Comprehensive Textbook of Psychiatry. pp. 805-806 4th.ed.
Edited by H.I. Kaplan and B.J. Sadock, Baltimore : William & Wilkins, 1985.
- Levine, P.M. Silberfarb, P.M. and Lipowski, Z.J. "Mental-disorders in cancer patients : A study of 100 psychiatric referrals." Cancer. XL II (September 1978): 1385-1391.
- Lewis, F.M. and Bloom, J.R. "Psychosocial adjustment to breast cancer : A review of selected literature" International Journal Psychiatry In Medicine. IX (January 1978) : 1-17.
- Lief, H.I. " Sexual concerns of mastectomy patients." Medical Aspects of Human Sexuality. XII (January 1978): 57-58.
- Lion, F.M. Human Sexuality in Nursing Process. New York : John Wiley & Sons, 1982.
- Luckmann, J. and Sorensen, K.C. Basic Nursing: A Psychophysiological Approach. 2nd ed. Philadelphia W.B. : Saunders Company, 1986.
- MacElveen-Hoehn, P. "Sexuality and cancer" In Issues and Topics in Cancer Nursing. pp.185-199. Edited by R. MacCarkle and G. Hongladarom. Connecticut: Appleton-Century-Craft, 1986.
- Maguire, G.P. Lee, E.G. Bevington, D.J. Kuchemannc , S. Crabtree, R.J. and Cornell, C.E. "Psychiatric problems in the first year after mastectomy." British Medical Journal. I (April 1978):

963-965.

- "____". Tait, A. Brooke, M. and Thomas, C. "Psychiatric morbidity and physical toxicity associated with adjuvant chemotherapy after mastectomy." British Medical Journal. CCLXXXI (November 1980): 1179-1180.
- "____". Tait, A. Brooke, M. and Sellwood, R. "Emotional aspects of mastectomy : Planning a caring programme." Nursing Mirror. CL (January 1980): 35-37.
- "____". Tait, A. Brooke, M. Thomas, C. and Sellwood, R. "Effect of counseling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy." British Medical Journal. CCLXXXI (November 1980): 1454-1456.
- Manchester, J. "Human sexuality : An introduction" Nursing 19. (The Add-On Journal of Clinical Nursing 19) III (July 1987): 696-698.
- Mast, M. "Primary care of the mastectomy patient." Nurse Practitioner. (February 1984): 27-34.
- Maurer, F.A. "Acute depression : Treatment and nursing strategies for this affective disorder." Nursing Clinics of North America. XXI (September 1986): 413-427.
- Meyerowitz, B.E. Watkins, I.K. and Sparks F.C. "Quality of life for breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy." American Journal of Nursing. LXXXIII (February 1983): 232-235.
- Miller, S. "Recognizing : The sexual health care needs of hospitalized patients." The Canadian Nurse. LXXX (March 1984): 43-46.
- Mims, F.H. and Swenson, M. Sexuality : A nursing perspective. New York : McGraw-Hill Book Company, 1980.
- Minot, S.R. "Depression : What does it mean?" American Journal of Nursing. LXXXVI (March 1986): 284-288.
- Morris, T. Greer, H.S. and White, P. "Psychological and social

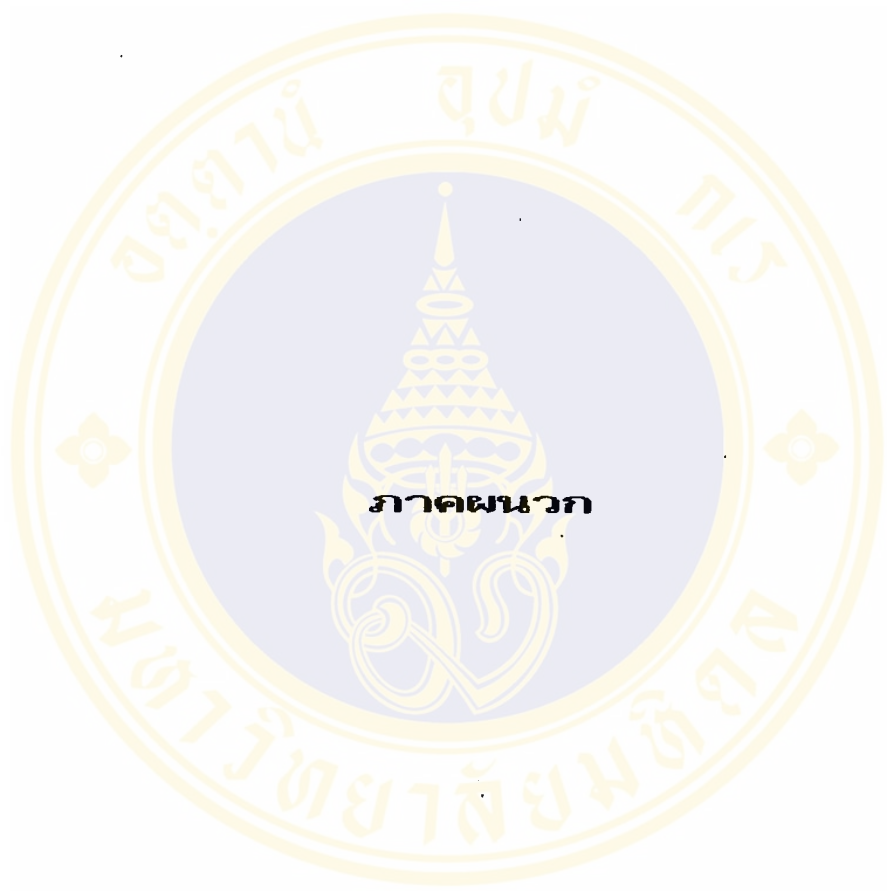
- adjustment to mastectomy : A two - year follow-up study." Cancer. XL (November 1977): 2381-2387.
- Myers, J.K. and Weissman, M.M. "Use of a self-report symptom scale to detect depression in a community sample." American Journal of Psychiatry. CXXXVII (September 1980): 1081-1084.
- National Cancer Institute. Cancer Statistic 1982. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand, 1987.
- National Institutes of Health, Consensus Development Conference Statement. "Adjuvant chemotherapy for breast cancer." Cancer Forum. X (March 1986): 26-29.
- Northouse, L.L. and Swain, M.J. "Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer." Nursing Research. XXXVI (July-August 1987): 221-225.
- "_____". "A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer." Oncology Nursing Forum. XVI (July/August 1989):511-516.
- Orem, D.E. Nursing: concepts of practice. 3rd. ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1985.
- Osborne, J.N. "Sexuality and surgery." In Human Sexuality in Nursing Process. pp.397-408 Edited by E.M. Lion, New York:John Wiley & Sons, 1982.
- Owen, M.L. "Special care for the patient who has a breast biopsy or mastectomy." Nursing Clinics of North America. VII (June 1972): 378-379.
- Pennell, I. and Creed, F. "Depressive illness" Medicine International. II (August 1987): 1796-1801.
- Pittman, R. and Sorensen, K.C. "Disorder of the breast" In Medical-Surgical Nursing:A Psychophysiologic Approach. 2 nd.ed. pp. 1818-1819. Edited by J. Luckmann & K.C. Sorensen Philadelphia: W.B. Company, 1980.

- Pope, B. "After the mastectomy prothesis and clothing." Nursing Time. LXXVII (February 1981): 314-318
- Polivy, J. "Psychological effect of mastectomy on a woman's feminine self-concept." The Journal of Nervous and Mental Disease. CLXIV (February 1977): 77-87.
- Priest, R. Anxiety & depression : A practical guide to recovery. Singapore : PG Publishing, 1983.
- Ratanatharathorn, V. Principles and practice of medical oncology 3rd.ed. Publishing, 1987. (Mimeographed)
- Ray, C. "Psychological implications of mastectomy." British Journal of Social and Clinical Psychology. XVI (November 1977): 373-377.
- Renneker, R. and Cutler, M. "Psychological problems of adjustment to cancer of the breast." Journal of the American Medical Association. CIIL (March 1952): 833-838.
- Renshaw, D.C. "Sexuality and depression in adults and the elderly." Medical Aspects of Human Sexuality. XIX (September 1975): 40-62.
- Rush, B.F. "Breast." In Principles of Surgery. 4 th.ed. pp. 523-555. Edited by S.I. Schwartz, G.T. Shires, F.C. Spencer and E.H. Storer, Singapore : McGraw-Hill International Book Company, 1984.
- Rutherford, D.E. "Assessing psychosexual needs of women experiencing lumpectomy : A challenge for research." Cancer Nursing. XI (August 1988): 244-249.
- Sanger, C.K. and Reznikoff, M. "A comparison of the psychological effects of breast-saving procedures with the modified radical mastectomy." Cancer. XLVIII (November 1981): 2341-2346.
- Schleifer, S. "Suppression of lymphocytes stimulation following bereavement." Journal of American Medical Association. CCL

- (July 1983): 374-377.
- Schultz, J.M. and Dark, S.L. Manual of psychiatric nursing care plan. 2 nd.ed. Boston : Little, Brown and Company, 1986.
- Schwartz, M.D. "An information and discussion program for women after a mastectomy." Archive of Surgery. CKII (March 1977): 276-281.
- Schwarz-Appelbaum, J. Dedrick, J. Jusenius, K. and Kirchner, C.W. "Nursing care plans : Sexuality and treatment of breast cancer." Oncology Nursing Forum. XI (November/December 1984): 16-24.
- Silberfarb, P.M. Maurer, L.H. and Crouthamel, C.S. "Psychosocial aspects of neoplastic disease : I Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens." American Journal Psychiatry. CXXXVII (April 1980): 450-455.
- Smith, D.B. "Sexual rehabilitation of the cancer patient." Cancer Nursing. XII (February 1989): 10-15.
- Speck, P.W. Loss and Grief in Medicine. London : Bailliere, 1978.
- Swanson, A.S. "Depression." In Comprehensive Psychiatry Nursing. pp.533-556. 2nd. ed. Edited by J.Haber, A.M. Leach, S.M. Schudy and B.F. Sideleau, New York: McGraw-Hill Book Company, 1982.
- Tait, A. Brooke, M. Maguire, P. and Sellwood, R. "Emotional aspect of mastectomy : Plan into practice." Nursing Mirror. CL (January 1980): 19-21.
- The Lancet "Sex and the cancer patient." Lancet. I (February 1984): 432-433.
- Tish Knobf, M.K. "Breast cancer the treatment evaluation." American Journal of Nursing. LXXXIV (September 1984): 1110-1119.
- Taylor, S.E. Lichtman, R.R. Wood, J.V. Bluming, A.Z. Dosik, G.M. and Leibowitz, R.L. "Illness-related and treatment related factors

- in psychological adjustment to breast cancer." Cancer LV(May 1985): 2506-2513.
- Vachon, M.L. Lyall, W.A. Rogers, J. Cochrane, J. and Freeman, S.J.
 "The effectiveness of psychosocial support during post-surgical treatment of breast cancer." International Journal of Psychiatry in Medicine. XI(April 1981-1982): 365-372.
- Waterhouse, J. and Metcalfe, M.C. Sexual adjustment questionnaire. Unpublished, 1983. (Mimeographed)
- "_____". "Development of the sexual adjustment questionnaire." Oncology Nursing Forum. XIII (May/June, 1986): 53-59.
- Wellisch, D.K. Jamison, K.R. and Pasnau, R.O. "Psychosocial aspects of mastectomy : II. The Man's Perspective." American Journal Psychiatry. CXXXV (May 1978): 543-546.
- Williams, C.J. "Breast Cancer." Medical International. II (April 1987): 1675-1679.
- William, H.N. Wilson, M.E. Hongladarom, G. and McDonell, M.
 "Nurses' attitudes toward sexuality in cancer patients." Oncology Nursing Forum. XIII (March/April 1986): 39-43.
- Winer, B.J. Statistical principles in experimental design. 2nd ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1971.
- Winick, L. and Robbins, G.F. "Physical and psychologic readjustment after mastectomy. : An elevation of memorial hospitals' PMRG program." Cancer. XXXIX (February 1977): 478-486.
- Wise, T.N. "Sexual functioning in neoplastic disease." Medical Aspects of Human Sexuality. XII (March 1978): 16,23,25,27,31
- Wissing, V.S. "The hormone factor." American Journal of Nursing. LXXXIV (September 1984): 1117-1119.
- Witkin, M.H. "Psychosexual myths and realities of mastectomy" Medical Aspects of Human Sexuality. XIII (December 1979): 65-97.

- Wolpert, P.A. "Teaching the surgical cancer patient." In Cancer Care: A Guide for Patient Education. pp.24-48. Edited by M.I. Donovan, New York : Appleton-Century-Croft, 1981.
- Wood, J.D. and Tombrink, J. "Impact of cancer on sexuality and self-image : A group program for patients and partners." Social Work in Health Care. VIII (Summer 1983): 45-54.
- Woods, N.F. and Earp, J.A. "Women with breast cancer : A study of mastectomy patients in North Carolina" Nursing Research. XXVII (September-October 1978): 279-285.
- "_____". ed. Human sexuality in health and illness. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1975.
- "_____". ed. Human Sexuality : In Health and Illness. 3 rd. ed. Toronto : The C.V. Mosby Company, 1984.
- Worden, J.W. and Weisman, A.D. "The Fallacy in postmastectomy depression." The American Journal of The Medical Sciences. CCLXXIII (March-April 1977): 169-175.
- Zalar, M.K. "Role preparation for nurses in human sexual functioning." Nursing Clinics of North America. XVIII (September 1982): 351-363.
- Zung, W.W.K. "A self-rating depression scale." Archives of General Psychiatry. XII (January 1965): 63-70.
- "_____". Richards, C.B. and Short, M.J. "Self-rating depression scale in and outpatient clinic." Archives of General Psychiatry. XIII (December 1965): 508-515.
- "_____". "Factors influencing the self-rating depression scale." Archives of General Psychiatry. XVI (May 1937): 543-547.



ภาคผนวก ก

การนิเทศสิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย

ในการนิเทศสิทธิ์ของผู้ป่วยกรณีเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้นิเทศสิทธิ์ของผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจไม่เข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ ภัทราภรณ์ ภัทรโยธิน เป็นนักศึกษานพยาบาลปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวทางเพศ และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องทำการผ่าตัดเต้านมออก ดิฉันจะขอให้คุณ ช่วยตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที 3 ครั้งค่ะ คือในช่วงก่อนผ่าตัด 1 วัน หลังผ่าตัด 4-7 สัปดาห์ และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ คุณ..... มีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ได้นะคะ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธ จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่คุณได้รับ และระหว่างการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ครั้งนี้ หากคุณ..... ไม่พอใจ ไม่ต้องการเข้าร่วมในงานวิจัยหรือตอบแบบสอบถาม คุณสามารถบอกยกเลิกหรือไม่ตอบแบบสอบถามได้ คำตอบของคุณดิฉันจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ขอขอบคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูล

แบบสอบถามการปรับตัวทางเพศ (ตัวอย่าง)

หมวดข้อมูลทั่วไปก่อนผ่าตัด

1. ก. อายุ (ของท่าน)..... ปี
2. ข. อายุ (คู่สมรส)..... ปี
- .
- .
- .
6. คู่สมรสของท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือสนับสนุนให้ท่านเข้ารับการผ่าตัดในครั้งนี้หรือไม่
☐ มีส่วนร่วม ☐ ไม่มีส่วนร่วม
7. ก. ก่อนท่านทราบเรื่องการเจ็บป่วยของท่านในครั้งนี้ ท่านคิดว่าท่านและคู่สมรสของท่าน
 มีความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจเห็นใจซึ่งกันและกันเพียงไร
☐ ดีมาก ☐ ค่อนข้างดี ☐ ทั้งดีและไม่ดี
☐ ค่อนข้างไม่ดี ☐ ไม่ดี

หมวดข้อมูลทั่วไป หลังผ่าตัด

1. ก. ภายหลังผ่าตัด ท่านทำงานเหมือนอย่างที่ท่านเคยทำหรือไม่?
☐ ทำ ☐ ไม่ทำ
- .
- .
- .
4. การเป็นโรคมะเร็งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางเพศ และกิจกรรมทางเพศ
 ของท่านและคู่สมรสบ้างหรือไม่?
☐ มีผลเลวลงอย่างมาก ☐ มีผลเลวลงบ้าง
☐ ไม่มีผลใดๆ ☐ มีผลดีขึ้นบ้าง
☐ มีผลดีขึ้นอย่างมาก ☐ ไม่มีกิจกรรมทางเพศ

5. การผ่าตัด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางเพศ และกิจกรรมทางเพศของท่านและคู่สมรสบ้างหรือไม่?

- | | |
|---|---|
| ☐ มีผลเลวลงอย่างมาก | ☐ มีผลเลวลงบ้าง |
| ☐ ไม่มีผลใดๆ | ☐ มีผลดีขึ้นบ้าง |
| ☐ มีผลดีขึ้นอย่างมาก | ☐ ไม่มีกิจกรรมทางเพศ |

หมวดการปรับตัวทางเพศ

ประกอบด้วยการปรับตัวทางเพศ 7 ด้าน

1. ด้านความต้องการทางเพศ (ข้อ 1-5)

ก่อนผ่าตัด เหมือนกับ หลังผ่าตัด เช่น

ข้อ 2 ท่านมีความต้องการกิจกรรมทางเพศบ้างไหม?

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ บ่อยครั้งมาก | ☐ บ่อยครั้ง | ☐ บางครั้ง |
| ☐ เกือบไม่เคย | ☐ ไม่เคย | |

2. ด้านสัมพันธภาพของคู่สมรส (ข้อ 6-8)

ก่อนผ่าตัด เช่น

ข้อ 8 ในช่วง 6 เดือนก่อน ท่านเคยมีความสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลอื่นนอกจากสามีของท่านบ้างไหม?

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ ไม่เคย | ☐ 1 คน | ☐ 2 คน |
| ☐ 3 - 4 คน | ☐ มากกว่า 5 คน | |

หลังผ่าตัด เช่น

ข้อ 8. ภายหลังจากผ่าตัด ท่านเคยมีความสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลอื่นนอกจากสามีของท่านบ้างไหม?

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ ไม่เคย | ☐ 1 คน | ☐ 2 คน |
| ☐ 3-4 คน | ☐ มากกว่า 5 คน | |

3. ด้านระดับการมีกิจกรรมทางเพศ (ข้อ 9-11)

ก่อนผ่าตัด เช่น

ข้อ 9. ในช่วง 6 เดือน ก่อนท่านทราบเรื่องการเจ็บป่วยของท่านครั้งนี้ ท่านมีกิจกรรมทางเพศครั้งสุดท้ายก่อนเข้าโรงพยาบาลนานเท่าไร?

- () น้อยกว่า 1 อาทิตย์ () น้อยกว่า 1 เดือน () 1-2 เดือน
() 2-6 เดือน () มากกว่า 6 เดือน

หลังผ่าตัด เช่น

ข้อ 9. ภายหลังผ่าตัด ท่านเริ่มกลับไปมีความสัมพันธ์ทางเพศกับสามีเมื่อไร?

- () น้อยกว่า 3 อาทิตย์ () 3-4 อาทิตย์
() 5-6 อาทิตย์ () มากกว่า 6 อาทิตย์
() ยังไม่มี

4. ด้านการประเล้าประโลม (ข้อ 12-14)

ก่อนผ่าตัด เช่น

ข้อ 12. ก่อนท่านทราบเรื่องการเจ็บป่วยของท่านในครั้งนี้ ท่านเคยมีความลำบากใจหรือปัญหาในเรื่องการถูกระงับอารมณ์ทางเพศให้ตื่นตัวบ้างไหม?

- () ทุกครั้ง () เกือบทุกครั้ง () บางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

หลังผ่าตัด เช่น

ข้อ 12. ภายหลังผ่าตัด ท่านมีความลำบากใจหรือปัญหาในเรื่องการถูกระงับอารมณ์ทางเพศให้ตื่นตัวบ้างไหม?

- () ทุกครั้ง () เกือบทุกครั้ง () บางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

5. ด้านเทคนิคของกิจกรรมทางเพศ (ข้อ 15-23)

ก่อนผ่าตัด เช่น

ข้อ 15. สามีของท่านเคยสัมผัสบริเวณเต้านมของท่านบ้างไหม?

- () เป็นประจำ () เป็นส่วนใหญ่ () เป็นบางครั้ง () เกือบไม่เคย () ไม่เคย

หลังผ่าตัด เช่น

ข้อ 15. ภายหลังจากผ่าตัด สามีของท่านสัมผัสบริเวณเต้านมของท่านบ้างไหม?

- () เป็นประจำ () เป็นส่วนใหญ่ () เป็นบางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

6. ด้านการถึงจุดสุดยอด (ข้อ 24-25)

ก่อนผ่าตัด เช่น

ข้อ 24. ท่านเคยสามารถบรรลุถึงจุดสุดยอด และมีกิจกรรมทางเพศบ้างไหม?

- () เป็นประจำ () เป็นส่วนใหญ่ () เป็นบางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

หลังผ่าตัด เช่น

ข้อ 24. ภายหลังจากผ่าตัด ท่านสามารถบรรลุถึงจุดสุดยอด และมีกิจกรรมทางเพศบ้างไหม?

- () เป็นประจำ () เป็นส่วนใหญ่ () เป็นบางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

7. ด้านความพึงพอใจ (ข้อ 26-28)

ก่อนผ่าตัด เช่น

ข้อ 26. ก่อนท่านทราบเรื่องการเจ็บป่วยของท่านครั้งนี้ ท่านเคยรู้สึกพึงพอใจหลังจากมีกิจกรรมทางเพศบ้างไหม?

- () ทุกครั้ง () เกือบทุกครั้ง () บางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

หลังผ่าตัด เช่น

ข้อ 26. ภายหลังจากผ่าตัด ท่านรู้สึกพึงพอใจหลังจากมีกิจกรรมทางเพศบ้างไหม?

- () ทุกครั้ง () เกือบทุกครั้ง () บางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

ข้อคำถามเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก มีทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่

ก่อนผ่าตัด เช่น

ข้อ 15. สามีของท่านเคยสัมผัสบริเวณเต้านมของท่านบ้างไหม?

- () เป็นประจำ () เป็นส่วนใหญ่ () เป็นบางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

ข้อ 19. สามีของท่านเคยจูบบริเวณเต้านมของท่านบ้างไหม?

- () เป็นประจำ () เป็นส่วนใหญ่ () เป็นบางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

ข้อ 22. สามีของท่านเคยใช้ปากและลิ้น กระตุ้นบริเวณเต้านม และ/หรือหัวนมของท่านบ้างไหม?

- () ทุกครั้ง () เกือบทุกครั้ง () บางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

หลังผ่าตัด

ข้อ 15. ภายหลังผ่าตัด สามีของท่านสัมผัสบริเวณเต้านมของท่านบ้างไหม?

- () เป็นประจำ () เป็นส่วนใหญ่ () เป็นบางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

ข้อ 19. ภายหลังผ่าตัด สามีของท่านจูบบริเวณเต้านมของท่านบ้างไหม?

- () เป็นประจำ () เป็นส่วนใหญ่ () เป็นบางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

ข้อ 22. ภายหลังผ่าตัด สามีของท่านใช้ปากและลิ้น กระตุ้นบริเวณเต้านมและ/หรือหัวนมของท่านบ้างไหม?

- () ทุกครั้ง () เกือบทุกครั้ง () บางครั้ง
() เกือบไม่เคย () ไม่เคย

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (ตัวอย่าง)

แบบวัดความรู้สึกซึมเศร้า

ความรู้สึก	ไม่มีเลย หรือ น้อยครั้งมาก	เป็นบาง ครั้ง	ค่อนข้าง บ่อยครั้ง	เป็นส่วนใหญ่ หรือ เกือบทุกครั้ง
1. ฉันรู้สึกจิตใจหดหู่และเศร้าหมอง				
2. ตลอดวันหนึ่งๆ ตอนเช้าฉันสบายที่สุด				
3. ฉันรู้สึกอยากจะทำอะไรสักอย่าง และบางครั้งก็ร้องไห้ออกมา				
4. ในเวลากลางคืนฉันนอนไม่หลับ				
5. ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ				
6. ฉันยังคงมีความสนใจ และมีความสุขเกี่ยวกับเรื่องทางเพศเหมือนเดิม				
.				
.				
.				
20.				

ภาคผนวก ค

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปรับตัวทางเพศของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) (Winer 1971: 775)

ตารางแสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

Source of Variation	SS	df	MS	E(MS)
Treatment	$T_{yy} - R$	$K(n-1) - 1$	$MS_{treat} (R)$	
Errors	E'_{yy}	$K(n-1) - 1$	MS'_{error}	
Totals	S'_{yy}	$Kn - 2$		

2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมชนิดการทดลองหลายปัจจัยและวัดซ้ำ (Factorial Experiment-Repeated Measures) (Winer 1971: 787, 799, 805)

ตารางแสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมชนิดการทดลองหลายปัจจัยและวัดซ้ำ

Source of Variation		X^2	XY	Y^2	Adjusted Variation	df
A	(3)-(1)	Axx	Axy	Ayy	A'yy	p-1
Subject with group	(6)-(3)	Pxx	Pxy	Pyx	P yy	p(n-1)-1
B	(4)-(1)	Bxx	Bxy	Byy	B yy	q -1
AB	(5)-(3) (4)+(1)	ABxx	ABxy	AByy	AByy	(p-1)(q-1)
Residual	(2)-(5)-(6)+(3)	Exx	Exx	Eyy	E'yy	p(q-1)(n-1)-1

- หมายเหตุ :
1. ถ้าวัดตัวแปรร่วมเพียงตัวเดียวที่มีความเกี่ยวข้องกับทุกค่าคะแนนของตัวอย่าง ผลรวมกำลังสองดังต่อไปนี้จะเท่ากัน 0 : Bxx $ABxx$ Eyy $ABxy$ Eyy
 2. สัญลักษณ์ x, xy, y จะใส่ตามหลังตัวเลขที่อยู่ในวงเล็บตามหัวข้อทางขวามือ เช่น $Axx = (3x)-(1x)$, $Axy = (3xy)-(1xy)$
(Winer 1971: 804)

จากตารางแสดงการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมชนิดของการทดลองหลายปัจจัยและวัดซ้ำ
คำนวณค่านี้ปรับได้จาก

$$A'_{yy} = \frac{(A_{yy} + P_{yy}) - \frac{(A_{xy} + P_{xy})^2}{A_{xx} + P_{xx}}}{A_{xx} + P_{xx}} - P'_{yy}$$

$$P'_{yy} = (P_{yy} - P^2_{xy}/P_{xx})$$

$$B'_{yy} = \frac{(B_{yy} + E_{yy}) - \frac{(B_{xy} + E_{xy})^2}{B_{xx} + E_{xx}}}{B_{xx} + E_{xx}} - E'_{yy}$$

$$AB'_{yy} = \frac{(AB_{yy} + E_{yy}) - \frac{(AB_{xy} + E_{xy})^2}{AB_{xx} + E_{xx}}}{AB_{xx} + E_{xx}} - E'_{yy}$$

$$E'_{yy} = E_{yy} - (E^2_{xy}/E_{xx})$$

สูตรที่ใช้คำนวณเพิ่มเติมจากตารางแสดงสูตร ได้แก่ (Winer 1971:798,800)

$$(6x) = \frac{\sum (P^2_x)}{q}, (6xy) = \frac{\sum (P_x P_y)}{q}, (6y) = \frac{\sum (P^2_y)}{q}$$

$$P_{xx} = (6x) - (3x)$$

$$P_{xy} = (6xy) - (3xy)$$

$$E_{xx} = (2x) - (5x) - (6x) + (3x)$$

$$E_{xy} = (6x) - (3y)$$

$$P_{yy} = (6y) - (3y)$$

$$E_{yy} = (2y) - (5y) - (6y) + (3y)$$

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ในแต่ละช่วงเวลาเป็นรายคู่ด้วยการทดสอบค่า t คู่ (จรัญ จันทลักษณ์ และ อัมรินทร์ชัย เชื้ออนธรรม 2529: 158)

$$\text{สูตร } t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{S_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

$$t > t_{.05} = [df = (n_1 - 1) + (n_2 - 1)]$$

t ที่คำนวณได้เทียบกับค่า t ในตาราง

$$S_p^2 = \frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)}$$

n_1 = ขนาดของตัวแทนที่ 1

n_2 = ขนาดของตัวแทนที่ 2

$\mu_1 - \mu_2$ = ค่าคงที่ตามที่กำหนด

df = $(n_1 - 1) + (n_2 - 1)$

S_1 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแทนที่ 1

S_2 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแทนที่ 2

S_p^2 = ค่าเฉลี่ยรวม

4. หาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวทางเพศและภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์ ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (ยูดี ภาชา และคณะ 2532 : 280)

สูตร

$$r_{xy} = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

เมื่อ x_i = ค่าสังเกตของตัวแปรที่ 1
 y_i = ค่าสังเกตของตัวแปรที่ 2
 $\bar{x}$ = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ 1
 $\bar{y}$ = ค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่ 2
 n = จำนวนคู่ของค่าสังเกตของข้อมูลสองชุด

ภาคผนวก ง

ตารางแสดงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องความกังวล และระยะเวลาที่กังวลในเรื่องเพศ ปัญหาในเรื่องเพศและการมีประจำเดือน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15) n (%)	กลุ่มควบคุม (n=15) n (%)
<u>ความกังวลเกี่ยวกับเรื่องเพศ</u>		
เคย	2 (13.3)	7 (46.7)
ไม่เคย	10 (66.7)	5 (33.3)
ไม่แน่ใจ	3 (20)	3 (20)
<u>ระยะเวลาที่กังวลในเรื่องเพศ</u>		
ก่อนผ่าตัดขณะอยู่ที่บ้าน	7 (46.7)	5 (33.3)
ก่อนผ่าตัดขณะอยู่ในโรงพยาบาล	0	4 (26.7)
หลังผ่าตัดขณะอยู่ในโรงพยาบาล	0	0
หลังผ่าตัดขณะอยู่ที่บ้าน	3 (20)	2 (13.3)
ไม่เคยกังวลในเรื่องเพศ	5 (33.3)	4 (26.7)
<u>ปัญหาในเรื่องเพศ</u>		
ไม่มีปัญหา	12 (80)	13 (86.7)
มีปัญหาน้อยเล็กน้อย	3 (20)	1 (6.7)
ค่อนข้างมีปัญหา	0	1 (6.7)
<u>การมีประจำเดือน</u>		
มี	8 (53.3)	10 (66.7)
ไม่มี	7 (46.7)	5 (33.3)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องผลของโรคและการผ่าตัดต่อเรื่องเพศ
ผลทางด้านร่างกาย และอารมณ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางเพศภายหลังผ่าตัด

การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15) n (%)	กลุ่มควบคุม (n=15) n (%)
ผลของโรคต่อเรื่องเพศ		
ไม่มีกิจกรรมทางเพศ	1 (6.7)	2 (13.3)
มีผลเลวลงบ้าง	3 (20)	2 (13.3)
ไม่มีผลใดๆ	9 (60)	11 (73.3)
มีผลดีขึ้นอย่างมาก	2 (13.3)	0
ผลของการผ่าตัดต่อเรื่องเพศ		
ไม่มีกิจกรรมทางเพศ	1 (6.7)	1 (6.7)
มีผลเลวลงบ้าง	3 (20)	2 (13.3)
ไม่มีผลใดๆ	9 (60)	11 (73.3)
มีผลดีขึ้นบ้าง	0	1 (6.7)
มีผลดีขึ้นอย่างมาก	2 (13.3)	0
ผลทางด้านร่างกายและอารมณ์*		
ไม่เปลี่ยนแปลง	3 (20)	2 (13.3)
มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์เล็กน้อย	10 (66.7)	12 (80)
มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเล็กน้อย	6 (40)	4 (26.7)
มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายรุนแรง	2 (13.3)	5 (33.3)
การเปลี่ยนแปลงกิจกรรมทางเพศ (ภายหลังผ่าตัด)*		
ท่าของการร่วมเพศให้เหมาะสม	7 (46.7)	1 (6.7)
ใช้ผ้าปิดบริเวณขนาดแผลผ่าตัด	1 (6.7)	3 (20)
ใช้หมอนหรือผ้าอื่นๆ วางบริเวณแผล	4 (26.7)	0
หลีกเลี่ยงการเปิดเผยให้สามีเห็นขนาดแผล	2 (13.3)	3 (20)
เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง	6 (40)	8 (53.3)
ไม่มีกิจกรรมทางเพศ	1 (6.7)	1 (6.7)

* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด การรักษาเสริม และชนิดของการรักษาเสริม รวมทั้งอาการข้างเคียงภายหลังการรักษาเสริมของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15) n (%)	กลุ่มควบคุม (n=15) n (%)
ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด*		
แผลบวม	2 (13.3)	0
แผลแยก	3 (20)	0
ใช้เวลา นานกว่าแผลจะหาย (>2wks)	4 (26.7)	0
มีเลือดหรือน้ำเหลืองคั่ง หลังเอาสายระบายออก	3 (20)	4 (26.7)
ยกหัวไหล่ไม่ได้เต็มที่	4 (26.7)	4 (26.7)
แขนไม่มีแรง	3 (20)	6 (40)
การรักษาเสริม		
ได้รับ	7 (46.7)	9 (60)
ไม่ได้รับ	8 (53.3)	6 (40)
ชนิดของการรักษาเสริม		
รังสีบำบัด	0	2 (13.3)
เคมีบำบัด	4 (26.7)	7 (46.7)
รังสีบำบัดและเคมีบำบัด	1 (6.7)	0
ฮอร์โมนบำบัด	2 (13.3)	0
อาการข้างเคียงของการรักษาเสริม*		
คลื่นไส้	3 (20)	6 (40)
อาเจียน	4 (26.7)	7 (46.7)
มีแผลในปาก, ปากเปื่อย	0	2 (13.3)
ผมร่วง	5 (33.3)	7 (46.7)
ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ	3 (20)	3 (20)

* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของแหล่งให้คำปรึกษาในเรื่องเพศของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะ
ก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์

แหล่งให้คำปรึกษา ในเรื่องเพศ*	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด	ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
มารดาของท่าน	0	0	1 (6.7)	0
สามี	5 (33.3)	8 (53.3)	8 (53.3)	9 (60)
แพทย์	7 (46.7)	1 (6.7)	3 (20)	3 (20)
พยาบาล	1 (6.7)	2 (13.3)	0	0
เพื่อน	2 (13.3)	2 (13.3)	2 (13.3)	0
ไม่ปรึกษาใคร	5 (33.3)	5 (33.3)	5 (33.3)	4 (26.7)
ไม่มีปัญหา	0	1 (6.7)	0	0

* ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องเพศ และความต้องการความรู้เรื่องเพศจากแพทย์และพยาบาล

การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)	
	แพทย์	พยาบาล	แพทย์	พยาบาล
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
การให้ความรู้เรื่องเพศ				
ไม่ได้พูด	14 (93.3)	8 (53.3)	10 (66.7)	13 (86.7)
พูดและเรื่องที่พูดมีประโยชน์	1 (6.7)	7 (46.7)	5 (33.3)	2 (13.3)
ความต้องการความรู้เรื่องเพศ (เมื่อมีโอกาส)				
ไม่ควรรู้	4 (26.7)	6 (40)	2 (13.3)	5 (33.3)
ควรพูดหรือสอบถาม-บางครั้ง	10 (66.7)	8 (53.3)	10 (66.7)	8 (53.3)
ควรพูดหรือสอบถาม-ทุกครั้ง	1 (6.7)	1 (6.7)	3 (20)	2 (13.3)

แบบวัดการปรับตัวทางเพศมีทั้งหมด 7 ด้าน และมีข้อคำถามเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออก 3 ข้อ ข้อคำถามเฉพาะทั้ง 3 ข้อนี้ดัดแปลงจากข้อคำถามเฉพาะในแบบวัดการปรับตัวทางเพศเดิมของ วอเตอร์เฮาส์ และเมทคาล์ฟ (Waterhouse and Metcalfe, 1983) ซึ่งออกแบบสำหรับวัดผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ศีรษะและลำคอ ในการศึกษาครั้งนี้จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อคำถามเฉพาะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไว้ดังนี้

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวทางเพศ ข้อคำถามเฉพาะผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด 10-12 สัปดาห์

การปรับตัวทางเพศ ข้อคำถามเฉพาะ	กลุ่มทดลอง (n=15)				กลุ่มควบคุม (n=15)				F
	ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด		ก่อนผ่าตัด		หลังผ่าตัด		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
การสัมผัสเต้านม (ข้อ 15)	3.67	1.11	3.06	1.39	3.60	0.91	2.53	0.83	1.681 ^{ns}
การจูบบริเวณเต้านม (ข้อ 19)	3.26	1.16	2.40	1.40	2.80	1.32	1.93	1.03	0.267 ^{ns}
การกระตุ้นบริเวณเต้านม (ข้อ 12)	3.06	1.16	2.53	1.72	2.66	1.29	1.73	0.96	1.567 ^{ns}

^{ns} $P > .05$



ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ณรงค์ สุภัทรพันธุ์
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวิทนา อารีพรรค
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ วรวิทย์ คลอวุฒิวัฒน์
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ณรงค์ศักดิ์ ทะละรักษ์
นักจิตวิทยา ศูนย์สุขวิทยาจิต
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ จินตนา ชูนิพันธ์
ภาควิชาพยาบาลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กรรณิการ์ สุวรรณโคต
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ มาลี เลิศมาลีวงศ์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
8. อาจารย์ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รองศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ บุษกร วิษุศลตา
ภาควิชาภาษาต่างประเทศ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
10. นาวาอากาศโทหญิง พิจิตร อินทรวาปี
อาจารย์สถาบันเวชศาสตร์การบิน กรมแพทย์ทหารอากาศ