



การจัดการทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะ หย่อนสมรรถภาพทางเพศหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

Nursing management in patients with post-radical prostatectomy erectile dysfunction

นัทธมน วุฒานนท์ พย.ด.* Nuttamon Vuttanon Ph.D*

บทคัดย่อ

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในด้านการดูแลโดยตรง ด้วยการให้ข้อมูลผู้ป่วยถึงโอกาสเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถาม ประเมินสมรรถภาพทางเพศก่อนผ่าตัดเพื่อคัดกรองโอกาสเกิด แนะนำวิธีการใช้ยาให้เหมาะสม สอนการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน นอกจากนี้ยังต้องปฏิบัติบทบาทให้คำปรึกษสนับสนุนและประสานให้ได้รับการบำบัดทางเพศจากผู้เชี่ยวชาญหากผู้ป่วย/คู่สมรสต้องการโดยเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การจัดการทางการพยาบาล ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

Abstract

Erectile dysfunction (ED) is an important complication in post-radical prostatectomy. Nurses take crucial role in direct care to patients by teaching the development of ED after radical prostatectomy, stimulating the patients to share their concern, evaluating their sexual functions before the operation, instructing appropriate use of drug treatment, teaching exercises for the pelvic floor muscles. In addition, take a consultant role, support, and refer to specialist for sexual therapy when the need of the patients/couple is identified with respect for the patient's individuality.

Keyword: Nursing Management, Erectile Dysfunction, Post-Radical Prostatectomy

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, nvuttano@mail.nurse.cmu.ac.th



บทนำ

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากหลังได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก และในปัจจุบันการคัดกรองโรคด้วยการตรวจระดับ PSA ในเลือด ทำให้พบอายุเฉลี่ยผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากลดลงเรื่อยๆ ดังนั้นภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางเพศทั้งของผู้ป่วยเองและคู่ครองได้ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ วิธีการรักษาและฟื้นฟูจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพนำไปวางแผนจัดการทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยและคู่ครองมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

มะเร็งต่อมลูกหมากและการรักษา

มะเร็งต่อมลูกหมากเป็นมะเร็งในเพศชายชนิดที่พบบ่อยที่สุดในประเทศพัฒนาแล้ว (Jemal et al., 2011) รวมถึงประเทศไทย อุบัติการณ์มะเร็งต่อมลูกหมากเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยระหว่างปีพ.ศ. 2535-2538 พบ 3.1 ต่อประชากร 100,000 คน ขณะที่ปีพ.ศ. 2541-2545 และ 2550-2552 พบเป็น 5.0 และ 7.7 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (Lojanapiwat, 2015) โดยมีอัตราการตาย 91.2 คนต่อประชากร 100,000 คนในปีพ.ศ. 2553 (Attasara & Boasom, 2011) และคาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าจะมีอุบัติการณ์ของโรคและอัตราการตายเพิ่มเป็นสองเท่า (Alvarez et al., 2016) อย่างไรก็ตาม การค้นพบและรักษาตั้งแต่ระยะแรกของโรคทำให้มีอัตราการรอดชีวิตสูง (Smith, Hyde, & Stanford, 2015) ขณะเดียวกันการคัดกรองทำให้พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งต่อมลูกหมากมีอายุเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าทศวรรษที่ผ่านมา (Bratu et al., 2017)

การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากมักพิจารณาจากระดับ (grade) และระยะของโรค (stage) โดยคำนึงถึงอายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) และความต้องการของผู้ป่วย (patient's preferences) ร่วมด้วย ประกอบด้วย 1) การเฝ้าระวังเชิงรุก (active surveillance) เป็นการเฝ้าติดตามผู้ป่วยไปเรื่อยๆจนกว่าจะพบลักษณะของมะเร็งที่มีการดำเนินโรคเร็วขึ้นจึงจะเริ่มรักษา

2) การผ่าตัด (surgery) เช่น ผ่าตัดต่อมลูกหมากออกรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองที่เกี่ยวข้องออกทั้งหมด (radical prostatectomy) การใช้ความเย็นจัดหรืออุณหภูมิถึงจุดเยือกแข็งทำลายเซลล์หรือเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ (cryosurgery) หรือใช้คลื่นอัลตราซาวด์ไปสร้างความร้อนเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง (high intensity focused ultrasound [HIFU]) เป็นต้น 3) การฉายรังสี (radiation) โดยอาจเลือกใช้วิธีการฉายรังสีจากภายนอก (external beam radiation therapy) หรือใช้วิธีการฝังแร่ (brachytherapy) 4) การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy) นิยมใช้ในกลุ่มที่ไม่สามารถรักษาด้วยการฉายรังสีหรือผ่าตัด และ 5) การรักษาทางชีวบำบัด (biological therapy) ในรายที่มีการแพร่กระจายของโรคไปกระดูกเพื่อป้องกันกระดูกหัก หรือบรรเทาอาการปวดกระดูก (Heidenreich, Bellmunt, Bolla, Joniau, Mason et al., 2011; Canadian Cancer Society, 2017)

การผ่าตัดต่อมลูกหมากรวมทั้งต่อมน้ำเหลืองที่เกี่ยวข้องออกทั้งหมด (radical prostatectomy) เป็นการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพในมะเร็งต่อมลูกหมากระยะแรก แพทย์มักเลือกทำในผู้ที่มีอายุคาดเฉลี่ยอย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป (Salonia et al., 2012) ขณะที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction) และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence) เนื่องจากการผ่าตัดส่งผลให้มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อองคชาต หลอดเลือดและเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบคavernosa (cavernosal smooth muscle) ที่เกี่ยวข้องกับการแข็งตัวขององคชาตและควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยพบได้ 29-90% และ 4-70% ตามลำดับ (Stanford et al., 2000; Schiavina et al., 2014; Bratu et al., 2017) ทั้งนี้หากการบาดเจ็บดังกล่าวเกิดขึ้นมากอาจส่งผลให้ใช้เวลานานในการฟื้นฟูอาการ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของคาโปโกรอสโซ, ซาโลเนีย, บรีกันตี, และมอนทอร์ซี (Capogrosso, Salonia, Briganti, & Montorsi, 2016) พบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 60 ไม่มีการแข็งตัวขององคชาตนานถึง 18 เดือนหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากรวมทั้งต่อ



น้ำเหลืองที่เกี่ยวข้องออกทั้งหมด และอีกร้อยละ 41.9 ยังมีภาวะดังกล่าวมานานมากกว่า 24 เดือน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทางเพศของผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างยิ่งและอาจก่อให้เกิดปัญหาชีวิตจนนำไปสู่ปัญหาครอบครัวตามมาได้

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหมายถึง ภาวะที่อวัยวะเพศชายไม่สามารถแข็งตัวได้เพียงพอสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ที่น่าพอใจ (NIH Consensus Conference, 1993; Agency for Healthcare Research and Quality, 2009) โดยทั่วไปภายในตัวขององคชาต (penis) ประกอบด้วยเนื้อเยื่อรูปแท่งยาวลักษณะฟองน้ำ (sponge-like) สามารถแข็งตัวได้ (erectile tissue) รวม 3 แท่งโดยสองแท่งเรียงอยู่ด้านบนพาดขนานจากกระดูกหัวหน่าวถึงส่วนหัวขององคชาตเรียกว่า คอร์ปัส คาเวอร์โนซัม (corpus cavernosum) ส่วนอีกหนึ่งแท่งวางใต้สองแท่งแรก มีท่อปัสสาวะทอดผ่านตลอดความยาวเรียกว่า คอร์ปัส สปองจิโอซัม (corpus spongiosum) โดยภายในแท่งคอร์ปัสมีช่องหลอดเลือดอยู่จำนวนมาก (venous sinusoids) สลับกับเนื้อเยื่อเส้นใยยืดหยุ่น (fibroelastic tissue) และกล้ามเนื้อเรียบ (smooth muscle) ทั้งหมดนี้ถูกหุ้มด้วยชั้นพังผืดและผิวหนัง ตามลำดับ หลอดเลือดที่มาเลี้ยงองคชาตมาจากแขนงของหลอดเลือดแดงพูเดนดอลด้านใน (internal pudendal arteries) โดยมีหลอดเลือดแดงคาเวอร์นัส (cavernous artery) ที่มีลักษณะเป็นเกลียวคล้ายสปริงส่งเลือดไปเลี้ยงคอร์ปัส สำหรับระบบประสาทที่ควบคุมองคชาตมีทั้งระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทอัตโนมัติโดยมีเส้นใยประสาทซิมพาเทติกที่ออกมาจากไขสันหลังระดับ T12-L2 มีผลให้หลอดเลือดหดตัว และเส้นใยประสาทพาราซิมพาเทติกออกมาจากไขสันหลังระดับ S2-4 ทำให้หลอดเลือดขยายตัว

การแข็งตัวขององคชาต (erection) อาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างระบบประสาทที่ควบคุมองคชาต ระบบหลอดเลือด และกล้ามเนื้อเรียบขององคชาตเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศ ทั้งนี้สิ่งเร้าอาจเกิดจากการมองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่นและการได้สัมผัส

โดยสมองส่วนไฮโปทาลามัสส่งสัญญาณไปยังศูนย์ควบคุมการแข็งตัว (sacral erection center) หรืออาจเกิดจากการปลุกเร้าด้วยการสัมผัสโดยตรงที่องคชาต ประสาทสัมผัสบริเวณดังกล่าวจะส่งสัญญาณไปที่ sacral erection center เช่นกัน ส่งผลให้ระบบพาราซิมพาเทติกทำงานโดยหลั่งสารสื่อประสาทอะเซทิลโคลีน (Acetylcholine- ACh) จากปลายประสาทคาร์เวอร์โนซอลไปกระตุ้นเซลล์เยื่อผนังของไซนูซอยด์ (sinusoids) ให้ผลิตไนตริกออกไซด์ (Nitric Oxide-NO) ออกมาและส่งผ่านไปที่เอ็นไซม์ NO จะกระตุ้นกลไกกัวอะนิลเลท ไซเคเลส (guanylate cyclase) ทำให้ได้สารไซคลิก กัวโนซีน โมโนฟอสเฟต (Cyclic guanosine monophosphate [cGMP]) ซึ่งเหนี่ยวนำให้กล้ามเนื้อเรียบในส่วนคอร์ปัสในองคชาตและที่ผนังหลอดเลือดคลายตัวทำให้เลือดแดงไหลเข้าไปในกล้ามเนื้อนั้นจำนวนมากทำให้องคชาตขยายใหญ่ขึ้น ขณะเดียวกันการกระตุ้นผ่านทางพาราซิมพาเทติกยังทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อทunica albuginea อิสคิโอคาร์เวอร์โนซัส (ischiocavernosus) และบัลโบสปองจิโอซัส (bulbospongiosus) ที่เอ็นไซม์ส่งผลให้กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหดตัวและทำให้มีการไหลกลับของเลือดทางหลอดเลือดดำลดลง ส่งผลให้องคชาตยิ่งขยายตัวเต็มที่ (full erection)

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บที่เพิ่มขึ้นต่อกลุ่มเส้นใยประสาท หลอดเลือดแดงและกล้ามเนื้อเรียบที่เกี่ยวข้องกับองคชาต (Eduardo et al., 2016) การตัดจี้ ตีง หรืออุ้งบริเวณกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานขณะผ่าตัดส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดและเส้นประสาทคาร์เวอร์นัส (cavernous nerves) อาจเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดนำไปสู่การลดลงของออกซิเจนในเนื้อเยื่อ ส่งผลให้ลดการผลิต NO และเนื้อเยื่อในคอร์ปัสคาร์เวอร์โนซัมเปลี่ยนแปลงเป็นพังผืดได้ (Hollis, 2015) ทำให้สูญเสียความสามารถในการแข็งตัวขององคชาต รวมถึงความ



สามารถในการกลั่นปัสสาวะหลังผ่าตัด ขณะที่จากงานวิจัยหลายงานพบว่า การผ่าตัดด้วยเทคนิคหุ่นยนต์ช่วย (robot assisted RP) มีโอกาสเกิดปัญหาการแข็งตัวขององคชาตภาวะนั้นน้อยกว่าเทคนิคอื่น เนื่องจากการบาดเจ็บหรือตัดหลอดเลือดและเส้นประสาท (neurovascular bundle) บริเวณใกล้เคียงน้อยกว่า นอกจากนี้ยังพบปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วย สมรรถนะก่อนผ่าตัด และโรคร่วมที่ทำให้มีโอกาสดังกล่าวเกิดปัญหาการแข็งตัวขององคชาตหลังการผ่าตัดได้

การรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

การรักษาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ในปัจจุบันแบ่งได้ 2 ประเภทคือ 1) การรักษาโดยใช้ยาหรืออุปกรณ์ช่วย และ 2) การรักษาโดยไม่ใช้ยา

1. การรักษาโดยใช้ยาหรืออุปกรณ์ช่วย ประกอบด้วยการรักษาด้วยยากลุ่มยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ฟอสโฟไดเอสเทอเรส (Phosphodiesterase-5 inhibitor therapy) เนื่องจากจะออกฤทธิ์โดยยับยั้งกระบวนการสลาย cGMP ที่ทำให้ NO เพิ่มขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อเรียบในส่วนคอร์ปัสในองคชาตและที่ผนังหลอดเลือดคลายตัวและเลือดแดงไหลเข้าองคชาตเพิ่มขึ้น ยากลุ่มนี้ได้แก่ ซิลเดนาฟิล (sildenafil) ทาเดลาฟิล (tadalafil) และวาเดนาฟิล (vardenafil) โดยให้รับประทานก่อนมีเพศสัมพันธ์ 1 ชั่วโมง ทั้งนี้มีข้อห้ามใช้ในผู้ที่ได้รับยากลุ่มไนเตรต เช่น isosorbide และไนโตรกลีเซอรินทุกชนิดอยู่ก่อน

2. การฉีดยาเข้าโคนองคชาต (intracavernosal injection) โดยยาช่วยให้กล้ามเนื้อเรียบที่คอร์ปัสคาวเอร์โนซัล คลายตัวและหลอดเลือดคาร์เวอร์โนซัล (cavernosal arteries) ขยายตัว ที่นิยมได้แก่ อัลพรอสติล (alprostadil หรือ prostaglandin E1) ผู้ป่วยควรได้รับการสอนวิธีการฉีดยาด้วยตนเอง

3. การสอดยาเข้าทางท่อปัสสาวะ (intraurethral suppository) จะมีตัวยา prostaglandin E1 เช่นกัน ออกฤทธิ์ให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัวทำให้เลือดแดงไหลเข้าองคชาตได้ดี

4. การใช้ปั๊มสุญญากาศ (vacuum erection

devices) เพื่อช่วยดึงเลือดเข้าองคชาตมากขึ้น แต่ผู้ใช้อาจรำคาญเพราะต้องใช้อย่างรัดที่โคนองคชาตด้วย

5. การผ่าตัดใส่แกนองคชาตเทียม (penile prosthesis implantation) เป็นการผ่าตัดใส่แกนเทียมเข้าไปในคอร์ปัส เป็นวิธีที่นิยมมากเพราะมีประสิทธิภาพสูงแต่ราคาค่อนข้างแพง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้แก่ การทะลุของแกนเทียม หรือติดเชื้อ

6. การใช้คลื่นเสียงความเข้มต่ำแบบแรงกระแทกจากภายนอก (low intensity extracorporeal shockwave therapy) เชื่อว่าเมื่อกระตุ้นไปบนองคชาต จะทำให้มีการสร้างหลอดเลือดใหม่เพิ่มขึ้น ทำให้การขยายตัวขององคชาตมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สำหรับการรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาและเรื่องเพศ (psychological and sexual counselling) การแนะนำโปรแกรมการฟื้นฟูองคชาต (penile rehabilitation) โปรแกรมปรับพฤติกรรมเสี่ยง (ออกกำลังกาย รับประทานอาหาร งดดื่ม งดเครียด/อ่อนล้า หยุดสูบบุหรี่) และการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pelvic floor exercise หรือ Kegel's exercise)

การจัดการทางการพยาบาล

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ให้การช่วยเหลือและดูแลด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการโรคครอบคลุมถึงการเตรียมผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยหลังผ่าตัดเพื่อรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมากจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะได้ให้การช่วยเหลือและดูแลบนพื้นฐานความรู้ที่นาเชื่อถือซึ่งได้มาโดยวิธีทางวิทยาศาสตร์ เพื่อนำสู่การให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางเพศได้เร็วและส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างไรก็ตามอาจเนื่องจากวัฒนธรรมประเพณีหรือความเชื่อของชาวไทยที่จะไม่เปิดเผยปัญหาทางเพศกับต่างประเทศ ทำให้ความรู้ของพยาบาลต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ



ในผู้ป่วยชายไทยหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากจึงมีน้อยมาก ผู้เขียนจึงได้รวบรวมความรู้จากบทความและงานวิจัยในต่างประเทศมาสรุปไว้เพื่อให้พยาบาลผู้สนใจนำไปใช้วางแผนจัดการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยชายไทยที่มีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศหลังเข้ารับการผ่าตัดต่อมลูกหมากเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จะได้นำเสนอการจัดการทางการพยาบาลใน 4 บทบาทสำคัญ ได้แก่ บทบาทผู้ให้การดูแลโดยตรง บทบาทการเป็นผู้ค้นหาผู้ที่มีปัญหา บทบาทการเป็นผู้สนับสนุน และบทบาทการเป็นผู้ประสาน

บทบาทผู้ให้การดูแลโดยตรง

พยาบาลควรดำเนินบทบาทในการให้การดูแลผู้ที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ดังต่อไปนี้

1. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับพัฒนาการของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เช่น สาเหตุ ระยะเวลาการรักษา และผลกระทบ เป็นต้น ทั้งนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยทราบด้วยว่าภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศนี้สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้โดยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อวางแผนการฟื้นฟูภาวะดังกล่าวร่วมกัน

3. ประเมินสมรรถภาพทางเพศของผู้ป่วยเพื่อคัดกรองความรุนแรงของภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อาจใช้แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ (International Index of Erectile Dysfunction-[IIEF-5]) รายละเอียดใน ตาราง ที่ 1 ซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และการตอบสนองทางเพศ จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวม 25 คะแนนโดยคะแนน 22-25 หมายถึง ไม่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ คะแนน 17-21 หมายถึง มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศระดับเล็กน้อย คะแนน 12-16 หมายถึง มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คะแนน 8-11 หมายถึง มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศระดับปานกลาง และคะแนน 5-7 หมายถึง มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศระดับรุนแรง ทั้งนี้การประเมินสมรรถภาพทางเพศควรทำตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเนื่องจากมีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ เช่น อายุ อ้วน ต้มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมินสมรรถภาพทางเพศก่อนผ่าตัดสูง จะฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว (Bratu, 2017)

ตารางที่ 1 แบบวัดดัชนีสากลของการทดสอบสมรรถภาพทางเพศ (International Index of Erectile Dysfunction-

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	คะแนน				
	1	2	3	4	5
1.ให้คะแนนความมั่นใจในตัวเองเท่าใดว่าจะมีและคงความแข็งตัวไว้ได้	ต่ำมาก	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก
2.เมื่ออวัยวะเพศแข็งตัวจากการเร้าทางเพศ บ่อยเพียงใดที่อวัยวะเพศจะสามารถสอดใส่ได้	ส่วนใหญ่ไม่/ไม่เลย	2-3 ครั้ง (น้อยกว่าครึ่ง)	บางครั้ง (ประมาณครึ่งหนึ่ง)	บ่อยครั้ง (เกินกว่าครึ่ง)	เกือบทุกครั้ง/ทุกครั้ง
3. ขณะมีเพศสัมพันธ์ บ่อยเพียงใดที่สามารถคงความแข็งตัวไว้ได้หลังจากสอดใส่แล้ว	ส่วนใหญ่ไม่/ไม่เลย	2-3 ครั้ง (น้อยกว่าครึ่ง)	บางครั้ง (ประมาณครึ่งหนึ่ง)	บ่อยครั้ง (เกินกว่าครึ่ง)	เกือบทุกครั้ง/ทุกครั้ง
4. ระหว่างมีเพศสัมพันธ์ ยากเพียงใดที่จะคงการแข็งตัวของอวัยวะเพศไว้จนถึงสิ้นสุดการมีเพศสัมพันธ์	ยากมากอย่างยิ่ง	ยากมาก	ยาก	ยากเล็กน้อย	ไม่ยาก
5. เมื่อมีเพศสัมพันธ์ บ่อยเพียงใดที่ทำให้พึงพอใจ	ส่วนใหญ่ไม่/ไม่เลย	2-3 ครั้ง (น้อยกว่าครึ่ง)	บางครั้ง(ประมาณครึ่งหนึ่ง)	บ่อยครั้ง (เกินกว่าครึ่ง)	เกือบทุกครั้ง/ทุกครั้ง

ที่มา: <http://www.hiv.va.gov/provider/manual-primary-care/urology-tool2.asp> June 29, 2018



อย่างไรก็ตามจากลักษณะข้อคำถามของแบบวัดนี้อาจทำให้พยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงไม่กล้าถามผู้ป่วย ดังนั้นก่อนการใช้แบบวัดดังกล่าว พยาบาลควรฝึกการใช้คำถามโดยอาจฝึกพูดกับตนเองหน้ากระจกหรือฝึกกับเพื่อนเพื่อช่วยลดความกังวลขณะที่สอบถามผู้ป่วย และหาความรู้สึกเครียดระหว่างการพูดคุยกับผู้ป่วย อาจหาวิธีผ่อนคลายด้วยการเปลี่ยนอิริยาบถ สูดหายใจลึกๆ ใช้เสียงต่ำหรือใช้ความเงียบ ขณะเดียวกันควรสร้างความไว้วางใจและใช้ทักษะความเห็นอกเห็นใจเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยลดความกังวลในการตอบแบบสอบถามด้วยเช่นกัน

4. วางแผนฟื้นฟูภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศร่วมกับผู้ป่วยและแพทย์เฉพาะทาง โดยเป้าหมายสำคัญของการรักษาคือ เพื่อฟื้นฟูความสัมพันธ์ทางเพศที่น่าพอใจโดยไม่เจาะจงที่จะให้มีการแข็งตัวของอวัยวะเพศเท่านั้น

5. กำหนดกิจกรรมการดูแลที่เหมาะสม ประกอบด้วย

5.1 ให้ข้อมูลการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ตลอดจนทางเลือกอื่นๆ และผลข้างเคียงต่างๆ ของการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

5.2 สอนเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องตามที่แพทย์กำหนด

5.3 ติดตามความสามารถในการแข็งตัวขององคชาตโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกครั้งที่นัด

5.4 สอนการออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pelvic floor muscles) การฝึกออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้รับการยอมรับว่าช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากสามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีขึ้น และได้มีการศึกษาวิจัยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า การออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานช่วยแก้ไขภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากได้เช่นกันโดยเชื่อว่า ถึงแม้การผ่าตัดจะทำให้เส้นประสาทได้รับบาดเจ็บหรือเนื้อเยื่อที่บวมขึ้นหลังผ่าตัดทำให้เส้นประสาทถูกกด แต่เส้นประสาทที่ได้รับบาดเจ็บสามารถงอกขึ้นใหม่และฟื้นฟูตัวเองอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดอาจใช้เวลามากกว่า 1 ปี การฟื้นฟูที่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้หากมีเลือดมาเลี้ยง การออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเป็นวิธีนำเลือดที่มีออกซิเจนไปยังบริเวณขาด

เจ็บได้ดี สัญญาณแสดงว่าสมรรถนะทางเพศของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ดูได้จากมีการแข็งตัวขององคชาตเมื่อตื่นนอน

5.5 ให้ออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานทันทีหลังถอดสายสวนปัสสาวะ และให้ออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน วันละสองครั้งในท่านอนหงาย นั่งและยืน ทำซ้ำ 3 ครั้งในแต่ละท่า ขมิบนาน 01 วินาทีแล้วปล่อยนาน 10 วินาที นอกจากนั้นให้ขมิบกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอย่างเต็มที่หลังการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งหรือเมื่อมีเพศสัมพันธ์

บทบาทการเป็นผู้ค้นหาผู้ที่มีปัญหา

การค้นหาผู้ที่มีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศหลังผ่าตัด จะช่วยให้สามารถวางแผนให้การดูแลได้เหมาะสม ขณะเดียวกันควรดำเนินการโดยเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ที่มีคะแนนประเมินสมรรถภาพทางเพศก่อนผ่าตัดต่ำ ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงและในการนัดตรวจครั้งแรกหลังผ่าตัด ควรดำเนินการดังต่อไปนี้

1. จัดเตรียมห้องเฉพาะเพื่อให้สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศอย่างเป็นส่วนตัว

2. สร้างบรรยากาศผ่อนคลายในระหว่างการสนทนากับผู้ป่วย

3. สร้างสัมพันธภาพเชิงการรักษา (therapeutic alliance) ระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรสในการรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

4. คงไว้ซึ่งการสื่อสารที่ชัดเจนและตรงไปตรงมา กับผู้ป่วยและคู่สมรสโดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเคารพความเป็นบุคคลและความลับของผู้ป่วยโดยปราศจากคำตัดสิน

5. เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย โดย

5.1 กำหนดบทสนทนาตามความต้องการของผู้ป่วย

5.2 ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละรายแล้วให้ข้อมูลแนวทางและการรักษาที่เหมาะสมเฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละกรณี

5.3 เข้าใจเกี่ยวกับคุณค่าของบุคคล วัฒนธรรม และความเชื่อของผู้ป่วย/คู่สมรส มิฉะนั้นอาจเป็นอุปสรรคในการเริ่มต้นพูดเกี่ยวกับเรื่องเพศ



บทบาทการเป็นผู้สนับสนุน

พยาบาลควรปฏิบัติบทบาทการเป็นผู้สนับสนุนด้วยเพื่อให้ผู้ที่มีปัญหาและคู่สมรสสามารถที่จะดูแลตนเองได้เหมาะสม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ อาจโดยการจัดพบปะรายบุคคล
2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แบ่งปันความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศกับคนอื่นไม่ว่าจะเป็นญาติเพื่อนหรือบุคลากรด้านสุขภาพ
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมเครือข่ายการสนับสนุนผู้ป่วยที่มีปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศหรือปัญหาทางเพศ
4. สนับสนุน ให้ภรรยา/คู่สมรสมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มุ่งแก้ไขภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
5. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภรรยา/คู่สมรสเพื่อรับมือกับความวิตกกังวลและช่วยแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
6. ให้ข้อมูลแก่ภรรยา/คู่สมรสเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศอันเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดรักษาและไม่เกี่ยวข้องกับความไม่ปรารถนาของสามี
7. ให้คำแนะนำภรรยา/คู่สมรสเกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างกันแม้อยู่ในภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
8. กระตุ้นให้ภรรยา/คู่สมรสเพื่อพูดถึงความรู้สึกและมุมมองเกี่ยวกับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศตลอดถึงปัญหาต่างๆ ที่อาจส่งผลต่อความใกล้ชิดกับผู้ป่วย

9. เข้าไปมีส่วนร่วมกับการรยา/คู่สมรสเมื่อต้องการตัดสินใจที่จะปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ โดยอาจหาข้อมูลจากภรรยา/คู่สมรสเกี่ยวกับเรื่องกิจกรรมทางเพศของพวกเขาเพื่อที่จะหาทางเลือกที่เหมาะสมในแต่ละสภาพการณ์

บทบาทการเป็นผู้ประสาน

บทบาทสำคัญอีกบทบาทหนึ่งที่พยาบาลควรดำเนินการเพื่อให้การจัดการทางการแพทย์มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจหาผู้เชี่ยวชาญในการประเมินและรักษาภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ
2. ส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเมื่อผู้ป่วยมีความตั้งใจในการรักษา
3. ส่งไปบำบัดทางเพศตามความประสงค์ของผู้ป่วย/คู่สมรส

สรุป

การจัดการทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากเป็นบทบาทที่ทำหายพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและอาจไม่สะดวกใจที่จะปฏิบัติบทบาทพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอย่างเต็มที่ ขณะเดียวกันผู้ป่วยเองอาจไม่สบายใจที่จะพูดคุยปรึกษาข้อสงสัยด้วย แต่อย่างไรก็ตามภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นภาวะที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวได้ จึงจำเป็นที่พยาบาลจะได้หาโอกาสฝึกประสบการณ์ในบทบาทต่าง ๆ ทั้งการให้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง การให้คำปรึกษา การเป็นผู้สนับสนุน ตลอดจนเป็นผู้ประสานเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล และปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม และกลับมามีภาวะสุขภาพทางเพศได้ดังเดิมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2009). *Diagnosis and treatment of erectile dysfunction*. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/erectiledys/erecdys.pdf>
- Alvarez, C.S., Virani, S., Meza, R., Rozek, L.S., Sriplung, H., & Mondul, A.M. (2016). *Current and Future Burden of Prostate Cancer in Songkhla, Thailand: Analysis of Incidence and Mortality Trends from 1990 to 2030*. Retrieved from <http://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JGO.17.00128>



- Attasara, P., & Boasom, R. (2011). *Hospital-based cancer registry 2010*. Bangkok: Rumthaipress.
- Bratu, O., Oprea, I., Marcu, D., Spinu, D., Niculae, A., Geavlete, B., & Mischianu, D. (2017). Erectile dysfunction post-radical prostatectomy-a challenge for both patient and physician. *Journal of Medicine and Life*, 10(1), 13-18.
- Canadian Cancer Society. (2017). Diagnosis prostate cancer. Retrieved from <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/prostate/diagnosis/?region=sk>.
- Capogrosso, P., Salonia, A., Briganti, A., & Montorsi, F. (2016). Postprostatectomy erectile dysfunction: a review. *World Journal of Men's Health*, 34(2), 73-88.
- Eduardo, A., Helena, A., Napoleao, Alves, A., Carvalho, & Campos de, E. (2016). Nursing interventions for patients with erectile dysfunction after radical prostatectomy: integrative review. *Enfermeria Global*, 42. Retrieved from http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/en_revision2.pdf
- Heidenreich, A., Bellmunt, J., Bolla, M., Joniau, S., Mason, M., Zattoni, F. (2011). EAU guidelines on prostate cancer. *European Urology*, 59(1), 61-71.
- Hollis, G.A. (2015). *Penile rehabilitation in prostate cancer patients*. Retrieved from <http://www.oncnursingnews.com/publications/oncology-nurse/2015/august-2015/penile-rehabilitation-in-prostate-cancer-patients>
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferley, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, 61(2), 134.
- Lojanapiwat, B. (2015). Urologic cancer in Thailand. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 45(11), 1007-1015.
- NIH Consensus Conference. (1993). Impotence: NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA*, 270, 83-90.
- Salonia, A., Burnett, A.L., Graefen, M., Hatzimouratidis, K., Montorsi, F., Mulhall, J.P., & Stief, C. (2012). *Prevention and management of postprostatectomy sexual dysfunction. Part1: choosing the right patient at the right time for the right surgery*. *European Urology*, 62(2), 261-272.
- Schiavina, R., Borghesi, M., Dababneh, H., Pultrone, C.V., Chessa, F., Concetti, S., ... Brunocilla, E. (2014). Survival, Continence and Potency (SCP) recovery after radical retropubic prostatectomy: a long-term combined evaluation of surgical outcomes. *European Journal of Surgical Oncology*, 40(12), 1716-1723.
- Smith, A., Hyde, Y. M., & Stanford, D. (2015). Supportive care needs of cancer patients: a literature review. *Palliative and Supportive Care*, 13, 1013-1017.
- Standford, J.L., Feng, Z., Hamilton, A.S., Gilliland, F.D., Stephenson, R.A., Eley, J.W., ...Potosky, A.L. (2000). Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized prostate cancer. *JAMA*, 283(3), 354-359.