



Factors Predicting Sexual Behaviors in Colorectal Cancer Survivors*

Kanyapat Srifah, RN, MNS¹, Chongjit Saneha, RN, PhD¹, Sarinrut Sriprasong, RN, PhD¹, Nopadol Soparattanapaisarn, MD²

Abstract

Purpose: To study the sexual behaviors of colorectal cancer survivors and the predictive power of perceived sexual barriers, perceived sexual self-efficacy, sexual anxiety, and sexual depression on the sexual behaviors of colorectal cancer survivors.

Design: Predictive correlational study.

Methods: The study was conducted in 85 colorectal cancer survivors aged 18 years and over who had completed cancer treatment for at least three months. Data were collected by using 6 questionnaires: a demographic, perceived sexual barriers, perceived sexual self-efficacy, sexual anxiety, sexual depression, and sexual behaviors. The data were analyzed by using descriptive and multiple regression statistics.

Main findings: The results showed that the average age of the participants was 64.6 years (SD = 7.01). The average score of participants' sexual behaviors was medium level which was the same level as before. The results of multiple regression analysis showed that perceived sexual barriers, perceived sexual self-efficacy, sexual anxiety, and sexual depression were able to jointly explain 33% of the variance of sexual behaviors in colorectal cancer survivors. Perceived sexual self-efficacy ($\beta = .26, p < .05$), perceived sexual barriers ($\beta = -.28, p < .01$) and sexual depression ($\beta = -.27, p < .05$) were statistically significant predictors of sexual behaviors.

Conclusion and recommendations: According to the study findings, perceived sexual barriers, perceived sexual efficacy, and sexual depression were able to predict the sexual behaviors with statistical significance. Nurses and healthcare providers should assess sexual behaviors, perceived sexual barriers, perceived sexual self-efficacy, and sexual depression of the colorectal cancer survivors in order to manage these factors resulting in improvement in survivors' sexual behaviors.

Keywords: barrier, colorectal cancer, depression, self-efficacy, sexual behavior

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(1):44-58

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

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

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 21 December 2021 / Revised: 25 April 2022 / Accepted: 28 April 2022



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต*

กัญญาพัชร ศรีฟ้า, พย.ม.¹ จงจิต เสน่หา, PhD¹ ครินรัตน์ ศรีประสงค์, ปร.ด.¹ นพตล โสภารัตนาไพศาล, MD²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต และศึกษาอำนาจในการทำนายของการรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ ต่อพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต อายุ 18 ปีขึ้นไป และสิ้นสุดการรักษาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป จำนวน 85 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 64.6 ปี (SD = 7.01) โดยเฉลี่ยแล้วพฤติกรรมทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง คืออยู่ในระดับเดียวกับก่อนได้รับการรักษา ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ พบว่าการรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมทางเพศได้ร้อยละ 33 พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ($\beta = .26, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคทางเพศ ($\beta = -.28, p < .01$) และภาวะซึมเศร้าทางเพศ ($\beta = -.27, p < .05$) สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ: การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลควรมีการประเมินพฤติกรรมทางเพศ การรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต เพื่อให้ความช่วยเหลือจัดการปัจจัยต่างๆ ที่มีผลให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต มีพฤติกรรมทางเพศดีขึ้น

คำสำคัญ: อุปสรรค มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ภาวะซึมเศร้า สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมทางเพศ

Nursing Science Journal of Thailand. 2023;41(1):44-58

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

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 21 ธันวาคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 25 เมษายน 2565 / วันที่ตอบรับบทความ: 28 เมษายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 1.93 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งมากเป็นอันดับ 3 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด¹ สถาบันมะเร็งแห่งชาติประเทศไทยพบผู้ป่วยรายใหม่มากเป็นอันดับ 1 ในเพศชายคิดเป็นร้อยละ 19.7 และอันดับ 3 ในเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 11.1² ซึ่งอัตราการเกิดโรคมะเร็งแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ³ แม้ว่าสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2543-2561 พบในผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 61⁴ แต่ปัจจุบันกลับพบผู้ป่วยใหม่ที่อายุน้อยกว่า 50 ปีเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี และแนวโน้มผู้ป่วยใหม่ในช่วงอายุ 20-39 ปีเพิ่มสูงขึ้น⁵ นอกจากนี้แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในปัจจุบันมีวิวัฒนาการก้าวหน้าและประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิตมีจำนวนมากขึ้น จากสถิติปี พ.ศ. 2556-2560 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า อัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรายใหม่ที่ 1 ปีประมาณร้อยละ 99 ที่ 3 ปีประมาณร้อยละ 65 และที่ 5 ปีประมาณร้อยละ 50²

ผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ยังมีชีวิตและทำหน้าที่ได้ต่อเนื่องในระหว่างและหลังเกิดโรคมะเร็ง นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งเสียชีวิต⁶ โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับการรักษาเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงหลากหลายมิติ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ มีปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย การรับรู้สีกมีการเปลี่ยนแปลง อาจเกิดแผลที่บริเวณหลอดเลือดที่ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ลดลงหรือเส้นประสาทอาจถูกทำลาย มีผลให้การหลั่งน้ำเชื้อและการหลั่งสารหล่อลื่นลดลง ร่วมกับความกังวลกลัวในการกลับเป็นโรครื้อซ้ำ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง ทำให้เกิดการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง⁷ ซึ่งสามารถส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมทางเพศ

พฤติกรรมทางเพศ หมายถึง การแสดงออกที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกพึงพอใจในเรื่องเพศ ทั้งการมีเพศสัมพันธ์และไม่มีเพศสัมพันธ์ รวมถึงความผูกพันใกล้ชิด การสื่อสารระหว่างกัน การสัมผัส การพูดคุยเกี่ยวกับความรัก การประเล้าประโลม ความห่วงใย การจินตนาการทางเพศ และการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง ภายใต้บรรทัดฐานของสังคม⁸ เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์⁹ ที่มีความต้องการทางเพศ ความรัก ความเชื่อใจ และการมีสัมพันธภาพที่ดี โดยจัดเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง¹⁰ ซึ่งเมื่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้รับการตอบสนอง และสามารถแสดงพฤติกรรมทางเพศได้เหมาะสม จะเป็นผลส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่กลับเป็นประเด็นที่กล่าวถึงน้อย¹¹ จึงทำให้ลดโอกาสที่จะทราบปัญหาของพฤติกรรมทางเพศ และขาดโอกาสส่งเสริมสุขภาพจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม

การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิตส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศและสุขภาพทางเพศ¹²⁻¹⁴ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ อายุ¹³⁻¹⁴ เพศ สถานภาพคู่ การศึกษา¹³ รายได้ อาชีพ การมีบุตร¹² ความซึมเศร้า อาการอ่อนเพลีย¹³ โรคนิวโรน¹² การสนับสนุนทางสังคม ชนิดของการผ่าตัด การทำหน้าที่ของลำไส้¹⁴ ชนิดของมะเร็ง ชนิดของการรักษา การเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ระบบขับถ่ายผิดปกติ¹² แต่อย่างไรก็ตาม การทำหน้าที่ทางเพศเป็นเพียงส่วนหนึ่งของพฤติกรรมทางเพศโดยเป็นการตอบสนองทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องเฉพาะกับการมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมพฤติกรรมทางเพศในด้านที่ไม่มีกรร่วมเพศได้แก่ ความผูกพันใกล้ชิด การสื่อสารระหว่างกัน การสัมผัส การพูดคุยเกี่ยวกับความรัก รวมไปถึงการประเล้าประโลม ความห่วงใย การจินตนาการทางเพศ ทำให้ขาดโอกาสที่จะทราบปัญหา และการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมได้อย่างครอบคลุม

การศึกษาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น โดยพบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทางเพศกับความผูกพันเชิงลึกซึ่งและระดับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก¹⁵ ภาวะสุขภาพประเภทของยาที่ได้รับ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศและความเชื่อเรื่องเพศในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก¹⁶ ความพึงพอใจทางเพศ การสนับสนุนทางสังคม¹⁷ และความรุนแรงของโรค ในผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้อหัวใจตาย¹⁸

แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ health promotion model ของ Pender¹⁹ อธิบายถึงปัจจัยที่รวมองค์ประกอบของปัจจัยทางกาย จิต สังคม ที่มีอิทธิพลส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เสริมแรงจิตใจและขัดขวางการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นความเชื่อหรือรู้ว่าตนเองมีความสามารถ ความมั่นใจว่าสามารถทำได้ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม¹⁹ ซึ่งเป็นปัจจัยในการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการยกระดับพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิตได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษา หากผู้ป่วยต้องการกลับไปสู่ภาวะปกติที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีได้ คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในที่นี้พฤติกรรมทางเพศหมายถึงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมตามแนวคิดของ Pender¹⁹ โดยพบการศึกษาในประเด็นนี้น้อย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศจะเสริมแรงจิตใจ หากผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถ ความมั่นใจว่าสามารถทำได้ จะเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศ และการรับรู้อุปสรรคทางเพศจะขัดขวางให้ไม่กล้าที่จะกระทำพฤติกรรมทางเพศให้เกิดขึ้น

ร่วมกับความวิตกกังวลทางเพศและภาวะซึมเศร้าทางเพศที่เป็นความรู้สึกที่เกิดก่อนและหลังการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งส่งผลต่อความคิดของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้พฤติกรรมทางเพศไม่เกิดขึ้นหรือเกิดลดลงได้ โดยด้านจิตใจเป็นปัจจัยหลักในการขับเคลื่อนพฤติกรรมที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศตามแนวคิดของ Pender¹⁹

การรับรู้อุปสรรคทางเพศ ในที่นี้หมายถึงความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคและปัญหาที่ขัดขวางให้บุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมทางเพศได้¹⁷⁻¹⁸ จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้อหัวใจตายพบว่า การรับรู้อุปสรรคทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบ¹⁷⁻¹⁸ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศได้¹⁷ โดยยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิตหรือผู้ป่วยกลุ่มอื่น

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการจัดการกับชีวิตทางเพศของตนเอง²⁰ จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้อหัวใจตายพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศ¹⁷⁻¹⁸ และการทำหน้าที่ทางเพศ²¹ รวมทั้งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้อหัวใจตายได้¹⁷ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางเพศและสามารถร่วมทำนายกิจกรรมทางเพศได้²¹ ซึ่งกิจกรรมทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมทางเพศ⁸

ความวิตกกังวลทางเพศ หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ วิตกกังวล เกี่ยวกับชีวิตด้านเพศของตนเอง²⁰ เมื่อมีความวิตกกังวลสูงจะทำให้หลีกเลี่ยงการทำหรือการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นๆ¹⁹ จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคลำไส้เนื้อหัวใจตาย พบว่าความวิตกกังวลทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศ¹⁷⁻¹⁸ และการทำหน้าที่ทางเพศ²¹ รวมทั้งสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้¹⁷ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุเพศชายหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ที่พบว่าความวิตกกังวลทางเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศโดยรวม และพฤติกรรมทางเพศด้านไม่ร่วมเพศ แต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศด้านร่วมเพศ¹⁶ จะเห็นได้ว่าไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลทางเพศต่อพฤติกรรมทางเพศได้

ภาวะซึมเศร้าทางเพศ หมายถึง ความรู้สึกเศร้า ไม่มีความสุข และซึมเศร้า ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตด้านเพศ²⁰ จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าทางเพศระดับปานกลาง โดยภาวะซึมเศร้าทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบ¹⁷⁻¹⁸ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศได้¹⁹

จะเห็นได้ว่าการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของการรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ บางปัจจัยยังไม่สามารถสรุปผลความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศได้ และยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมทางเพศกับปัจจัยเหล่านี้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศอาจมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละโรค ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการทำหน้าที่ทางเพศที่เน้นเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ขาดโอกาสที่จะทราบถึงปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ครอบคลุมในด้านที่ไม่มีการร่วมเพศ โดยส่วนมากศึกษาปัจจัยด้านร่างกายและสังคม¹²⁻¹⁴ เช่น การสนับสนุนทางสังคม ชนิดการผ่าตัด การทำหน้าที่ของลำไส้ เป็นต้น อีกทั้งผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิตประมาณร้อยละ 55-58 ไม่ได้รับข้อมูลผลกระทบทางเพศจากโรคและการรักษา^{12,14} มีเพียงร้อยละ 11-20 ที่พูดคุยกถึงผลกระทบทางเพศกับบุคลากรทางการแพทย์¹² จะเห็นได้ว่าเรื่องทางเพศยังเป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่ไม่ค่อยกล่าวถึง

และปัจจุบันอัตราการรอดชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้น ร่วมกับแนวโน้มผู้ป่วยใหม่มีอายุน้อยลง⁵ ซึ่งเป็นช่วงอายุที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ อาจเกิดผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศมากกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมทางเพศและอำนาจการทำนายของการรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ ต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต เพื่อช่วยให้ทราบปัญหาพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้เข้าใจและสามารถส่งเสริมหรือแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต และศึกษาอำนาจในการทำนายของการรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศต่อพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิตได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต ทั้งเพศหญิงและชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป

ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ตามเกณฑ์ดังนี้ 1) สิ้นสุดการรักษาด้วยการผ่าตัด และ/หรือยาเคมีบำบัด และ/หรือรังสีรักษา ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป 2) เป็นมะเร็งระยะที่ 1-3 3) มีคู่นอน คนรัก หรือคู่สมรส 4) มีระดับการรู้สึกร่างกายดี 5) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และ 6) กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุมากกว่า 60 ปี ประเมินการรู้คิดด้วยแบบทดสอบ mini-cog และมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน เกณฑ์การคัดออกดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตประสาท
- 2) เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยนอนโรงพยาบาล 2 เดือนที่ผ่านมา
- 3) เป็นโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
- 4) เป็นโรคมะเร็งอื่นร่วมด้วย และ 5) มีอาการไม่คงที่ มีไข้สูงมากกว่า 37.5 ขึ้นไป อาการหอบเหนื่อยอัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที เจ็บหน้าอก หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ หรือเป็นลม

คำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*power 3.1.9.2 สำหรับการใช้สถิติ multiple linear regression กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลปานกลางเท่ากับ .15 เนื่องจากไม่พบงานวิจัยที่คล้ายคลึงในกลุ่มผู้ป่วยเดียวกัน²² จำนวนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 85 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป และข้อมูลการรักษา

2. แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของ วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ¹⁸ แบ่งเป็นคำถามประเมินพฤติกรรมทางเพศ 2 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ 10 ข้อ และพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ 6 ข้อ เปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศก่อนและหลังการวินิจฉัยและรับการรักษา ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ลดลง คงเดิม เพิ่มขึ้น มีเกณฑ์การให้คะแนน 0 ถึง 2 ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-32 คะแนน เป็นคะแนน

พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ 0-20 คะแนน และพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ 0-12 คะแนน แบ่งช่วงของระดับคะแนนเป็นพฤติกรรมทางเพศสูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งช่วงคะแนนระดับปานกลางของพฤติกรรมทางเพศโดยรวม ได้แก่ 10.7-21.3 คะแนน พฤติกรรมที่ไม่มีการร่วมเพศ 6.7-13.3 คะแนน และพฤติกรรมที่มีการร่วมเพศ 4.0-7.9 คะแนน¹⁸

3. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคทางเพศของ วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ¹⁸ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตปรับแก้ข้อความให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมากถึงเห็นด้วยอย่างมาก มีเกณฑ์การให้คะแนน 1 ถึง 5 ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน แบ่งช่วงของระดับคะแนนเป็นสูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งช่วงคะแนนระดับปานกลาง ได้แก่ 23.4-36.7 คะแนน¹⁸

4. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ จากแบบประเมิน sexual self-perception and adjustment ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศของ Steinke, Mosack และ Hill²³ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ พรรษา บุญเรือง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ²¹ มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย ถึง ทุกครั้ง มีเกณฑ์การให้คะแนน 1 ถึง 5 ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7-35 คะแนน แบ่งช่วงของระดับคะแนนเป็นสูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งช่วงคะแนนระดับปานกลาง ได้แก่ 16.4-25.7 คะแนน²¹

5. แบบสอบถามความวิตกกังวลทางเพศ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน sexual self-perception and adjustment ด้านความวิตกกังวลทางเพศของ Steinke, Mosack และ Hill²³ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ พรรษา บุญเรือง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ²¹ มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย ถึง ทุกครั้ง มีเกณฑ์การให้คะแนน 1 ถึง 5 ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ในระหว่าง 7-35 คะแนน แบ่งช่วง

ของระดับคะแนนเป็นสูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งช่วงคะแนนระดับปานกลาง ได้แก่ 16.4-25.7 คะแนน²¹

6. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าทางเพศ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน sexual self-perception and adjustment ด้านภาวะซึมเศร้าทางเพศของ Steinke, Mosack และ Hill²³ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยของ พรชชา บุญเรือง และ นรลักษ์ม อีเอกิจ²¹ มีคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย ถึง ทุกครั้ง มีเกณฑ์การให้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนนรวมอยู่ในระหว่าง 7-35 คะแนน แบ่งช่วงของระดับคะแนนเป็นสูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งช่วงคะแนนระดับปานกลาง ได้แก่ 16.4-25.7 คะแนน²¹

เครื่องมือผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ของแบบสอบถามทั้งหมด 5 แบบสอบถามได้เท่ากับ 1 และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นในผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และหาความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง 85 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศเท่ากับ .91 และ .89 การรับรู้อุปสรรคทางเพศเท่ากับ .70 และ .82 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศเท่ากับ .91 และ .93 ความวิตกกังวลทางเพศ เท่ากับ .89 และ .91 และภาวะซึมเศร้าทางเพศ เท่ากับ .84 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล COA no. Si 215/2021 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามกระบวนการมาตรฐานของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยคำนึงถึงหลักการ 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง การรักษาความลับของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับในการเข้าร่วมวิจัย

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรอพบแพทย์ ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2564 โดยประสานงานและขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหน่วยตรวจ ในการสำรวจผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออกที่กำหนด ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเป็นรายบุคคล โดยหากผู้ป่วยสนใจจึงแนะนำต่อผู้วิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในสถานที่จัดไว้เป็นส่วนตัว แนะนำตัว อธิบายและชี้แจงรายละเอียดข้อมูลการวิจัย การยุติและถอนตัวจากโครงการวิจัย และข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย จากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 18 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศ โดยใช้สถิติพรรณนาในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์อำนาจในการทำนายด้วยการใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple linear regression) โดยมีการตรวจสอบก่อนนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ผลผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทั้งหมด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 67.1 โดยเฉลี่ยอยู่ในวัยสูงอายุ มีอายุเฉลี่ยที่ 64.6 ปี (SD = 7.01) อายุน้อยที่สุด 44 ปี อายุมากที่สุด 79 ปี เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 98.8 มีคูครองเป็นเพศตรงข้ามร้อยละ 97.6 และใช้ชีวิตร่วมกันร้อยละ 96.5 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีประวัติการติ่มสุราร้อยละ 62.4 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 60 และส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สารเสพติดร้อยละ 95.3 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงอยู่ในวัยหมดประจำเดือนเกือบทั้งหมดร้อยละ 96.4

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ตรงส่วน rectum มากเป็นอันดับหนึ่งร้อยละ 31.8 และมีโรคร่วมร้อยละ 71.8 โดยเกือบครึ่งหนึ่งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดร้อยละ 47.1 ซึ่งร้อยละ 76.5 ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาสุดท้าย และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.8 มีระยะสิ้นสุดการรักษา 6 เดือนถึง 5 ปี ($\bar{X} = 4.46$ ปี, SD = 3.48) โดยมีการเปิดลำไส้ทางหน้าท้องร้อยละ 15.3 และทั้งหมดไม่ได้อยู่ระหว่างรับยาที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ

หลังได้รับการวินิจฉัยโรคกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศเพียงร้อยละ 7.1 โดยได้รับจากแพทย์ร้อยละ 5.9 และพยาบาลเพียงร้อยละ 1.2 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 70.6 เห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกายไม่ทำให้โรครุนแรงขึ้นร้อยละ 64.7 และไม่ใช่ว่าเรื่องที่ต้องระมัดระวังมากร้อยละ 55.9 ส่วนผู้ที่มีการส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศร้อยละ 27.1 อาการที่พบสูงสุดได้แก่ อ่อนเพลียร้อยละ 11.8 ความกลัวการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 8.2 และชาปลายมือปลายเท้าร้อยละ 8.2

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคทางเพศอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 19.95$, SD = 6.81) ส่วนใหญ่ร้อยละ 72.9 มีการรับรู้อุปสรรคทางเพศอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 24.88$, SD = 6.63) โดยร้อยละ 45.9 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลทางเพศอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 11.60$, SD = 5.56) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 77.6 มีความวิตกกังวลทางเพศอยู่ในระดับต่ำ และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าทางเพศอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 12.29$, SD = 5.06) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 81.2 มีภาวะซึมเศร้าทางเพศอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.69$, SD = 4.89) โดยร้อยละ 70.6 มีพฤติกรรมทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง โดยเฉลี่ยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศโดยรวมคงเดิม เมื่อเทียบกับก่อนการรักษา ซึ่งพฤติกรรมทางเพศ ไม่มีการร่วมเพศคงเดิมเมื่อเทียบกับก่อนการรักษา แต่พฤติกรรมทางเพศที่มีการร่วมเพศคงเดิมค่อนข้างลดลงดังแสดงในตารางที่ 1

จากคำถามพฤติกรรมทางเพศรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความบ่อยครั้งในการมีเพศสัมพันธ์จะลดลงร้อยละ 60 มีความบ่อยครั้งในการพูดคุยแสดงความรักหลังร่วมเพศร้อยละ 75.2 มีความรู้สึกพึงพอใจในการพูดคุยแสดงความรักหลังร่วมเพศร้อยละ 67.1 มีความรู้สึกพึงพอใจในการร่วมเพศคงเดิมร้อยละ 58.8 มีความพึงพอใจในการพูดคำว่า “รัก” หรือ “ห่วง” กับคูครองเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.3 และพูดคำว่า “รัก” หรือ “ห่วง” กับคูครองบ่อยครั้งขึ้นร้อยละ 16.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศ (N = 85)

ตัวแปร	ระดับต่ำ n (%)	ระดับปานกลาง n (%)	ระดับสูง n (%)	ผลคะแนน (Min-Max)	\bar{X} (SD)	แปลผล
การรับรู้อุปสรรคทางเพศ	62 (72.9)	21 (24.7)	2 (2.4)	10-38	19.95 (6.81)	ต่ำ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ	10 (11.8)	39 (45.9)	36 (42.3)	9-35	24.88 (6.63)	ปานกลาง
ความวิตกกังวลทางเพศ	66 (77.6)	19 (21.2)	1 (1.2)	7-29	11.60 (5.56)	ต่ำ
ภาวะซึมเศร้าทางเพศ	69 (81.2)	15 (17.6)	1 (1.2)	7-27	12.29 (5.06)	ต่ำ
พฤติกรรมทางเพศโดยรวม	23 (27.0)	60 (70.6)	2 (2.4)	0-28	12.69 (4.89)	คงเดิม
- พฤติกรรมทางเพศที่ไม่มีการร่วมเพศ	17 (20.0)	64 (75.3)	4 (4.7)	0-16	8.65 (2.88)	คงเดิม
- พฤติกรรมทางเพศที่มีการร่วมเพศ	32 (37.7)	50 (58.8)	3 (3.5)	0-12	4.05 (2.59)	คงเดิม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ($r = .48, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้พบว่า ทั้งภาวะซึมเศร้าทางเพศ ($r = -.46, p < .01$) การรับรู้อุปสรรคทางเพศ ($r = -.46, p < .01$) การรับรู้อุปสรรคทางเพศ ($r = -.43, p < .01$) และความวิตกกังวลทางเพศ ($r = -.35, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 2

จากการวิเคราะห์อำนาจการทำนายด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple linear regression) พบว่า การรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 33 (adjust $R^2 = .33$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ($\beta = .26, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคทางเพศ ($\beta = -.28, p < .01$) และภาวะซึมเศร้าทางเพศ ($\beta = -.27, p < .05$) สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความวิตกกังวลทางเพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ ภาวะซึมเศร้าทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (N = 85)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
1. การรับรู้อุปสรรคทางเพศ	1				
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ	-.35**	1			
3. ความวิตกกังวลทางเพศ	.25*	-.51**	1		
4. ภาวะซึมเศร้าทางเพศ	.27*	-.53**	.69**	1	
5. พฤติกรรมทางเพศโดยรวม	-.43**	.48**	-.35**	-.46**	1

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

ตารางที่ 3 อำนาจในการทำนายพฤติกรรมทางเพศของ การรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ

ตัวแปร	b	Std. Error	β	t	p-value	95%CI
(constant)	14.75	3.46		4.26	< .001	(7.87, 21.63)
การรับรู้อุปสรรคทางเพศ	-.20	.07	-.28	-2.92	.005	(- .33, -.06)
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ	.19	.08	.26	2.32	.023	(.03, .36)
ความวิตกกังวลทางเพศ	.03	.11	.04	.27	.786	(- .19, .25)
ภาวะซึมเศร้าทางเพศ	-.26	.13	-.27	-2.06	.042	(- .51, -.01)

Overall F = 11.12 (p < .001), R = .60, R² = .36, adjust R² = .33

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศโดยเฉลี่ยคงเดิม เมื่อเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษา โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่มีพฤติกรรมทางเพศโดยรวมคงเดิมร้อยละ 70.6 พฤติกรรมทางเพศโดยรวมลดลงร้อยละ 27 จากกลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาหลังสิ้นสุดการรักษาโดยเฉลี่ย 4.46 ปี (SD = 3.48) ส่วนใหญ่มีระยะเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งเวลาหลังการรักษาที่นานอาจช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงจากโรค และการรักษาได้ดีขึ้น แม้ว่าพฤติกรรมทางเพศที่มีการร่วมเพศ โดยรวมลดลงร้อยละ 37.7 ที่อาจเกิดจากผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากโรคและการรักษา โดยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต บางส่วนอาจมีปัญหาในการควบคุม การขับถ่าย ความต้องการทางเพศลดลง การไหลเวียนเลือด บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ลดลง หรือเส้นประสาทอาจถูกทำลาย ทำให้การหลั่งน้ำเชื้อและการหลั่งสารหล่อลื่นลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้เพศสัมพันธ์⁷ โดยเมื่อพิจารณาข้อคำถามของ พฤติกรรมทางเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความบ่อยครั้งในการร่วมเพศลดลงร้อยละ 60 แต่พฤติกรรมทางเพศส่วนอื่นๆ เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในการร่วมเพศ ความบ่อยครั้งของการพูดคุย แสดงความรักหลังร่วมเพศ และความรู้สึกพึงพอใจในการพูดคุย แสดงความรักหลังร่วมเพศ เป็นต้น ยังคงเดิม ร่วมกับมีกลุ่มตัวอย่าง

บางส่วนร้อยละ 15.3 มีความพึงพอใจในการพูดคำว่า “รัก” หรือ “ห่วง” กับคู่ครองเพิ่มขึ้นและร้อยละ 16.5 พูดคำว่า “รัก” หรือ “ห่วง” กับคู่ครองบ่อยครั้งขึ้น ร่วมกับมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 27.1 ที่ระบุว่าอาการอ่อนเพลีย ซาปลายมือปลายเท้า ความกลัวการกลับเป็นซ้ำ กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศจึงเป็นผลให้ภาพรวมของพฤติกรรมทางเพศไม่มีการเปลี่ยนแปลงมาก พฤติกรรมทางเพศโดยรวม จึงคงเดิมเมื่อเทียบกับก่อนการรักษา

จากการทดสอบอำนาจการทำนายโดยสถิติการวิเคราะห์ การถดถอยเชิงพหุคูณ พบว่าการรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ สามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของ พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ การรับรู้อุปสรรคทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สนับสนุน health promotion model ของ Pender¹⁹ ที่ว่า อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมทางเพศจะส่งผลกระทบต่อ การเกิดพฤติกรรมทางเพศ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง จะเป็นแรงจูงใจส่งเสริมให้เกิดความมุ่งมั่นต่อการมีพฤติกรรมทางเพศ ร่วมกับการรับรู้อุปสรรคทางเพศและภาวะซึมเศร้าทางเพศ

อยู่ในระดับต่ำ จึงไม่เกิดขวางทางความคิด และเกิดเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรม ร่วมกับไม่เกิดความรู้สึกทางลบต่อชีวิตด้านเพศที่ผ่านมาที่จะทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงและขัดขวางการเกิดพฤติกรรมทางเพศ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมทางเพศโดยเฉลี่ยคงเดิมเมื่อเทียบกับก่อนการได้รับการรักษา

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศของกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งร้อยละ 45.9 จัดอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยสูงอายุ เป็นไปได้ว่ามีประสบการณ์การใช้ชีวิตคู่มานาน ร่วมกับส่วนใหญ่ยังอาศัยอยู่ร่วมกันกับคู่ครองร้อยละ 96 อาจมีส่วนให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นและมั่นใจว่าสามารถจัดการกับพฤติกรรมทางเพศของตนเองได้ ซึ่งพบว่าส่วนน้อยร้อยละ 11.8 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง^{17-18,21} อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษามีความคล้ายคลึงกัน โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยแล้ว และยังคงมีการติดตามเฝ้าระวังอาการอย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศได้ในระดับหนึ่ง จึงทำให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศอยู่ในระดับปานกลางคล้ายคลึงกัน

ผลการศึกษาศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ ชัญญา อุทิศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ¹⁷ ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .65, p < .01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .22, p < .05$) และการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ¹⁸ ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .60, p < .05$)

ซึ่งเป็นไปตาม health promotion model ของ Pender¹⁹ โดยเมื่อผู้ป่วยที่เสร็จสิ้นการรักษาแล้วมาระยะหนึ่ง จะรู้สึกว่ามันกลับฟื้นคืนสภาพกลับมาใกล้เคียงปกติ ร่วมกับมีการติดตามเฝ้าระวังอาการอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศได้ เป็นแรงจูงใจทำให้เกิดความมุ่งมั่น ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศ

การรับรู้อุปสรรคทางเพศของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 64.7-70.6 เห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ไม่ใช่เรื่องที่ต้องระมัดระวังมาก และไม่ได้ทำให้โรครุนแรงขึ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพและเป็นข้าราชการบำนาญ จึงไม่เห็นว่าการทำหน้าที่ส่งผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ร้อยละ 68.2 นอกจากนี้มีเพียงร้อยละ 10.6 ที่รู้สึกอายไม่ยากมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 3.6 ที่เห็นว่าการมีเพศสัมพันธ์ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคทางเพศของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่การรับรู้อุปสรรคทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง¹⁷⁻¹⁸ อาจเนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การเกิดอาการจะสัมพันธ์กับการออกแรงทำกิจกรรมโดยจะส่งผลต่อหัวใจและร่างกาย²⁴ ผู้ป่วยอาจเข้าใจว่าการมีพฤติกรรมทางเพศเป็นการออกแรงใช้พลังงานและเพิ่มการไหลเวียนเลือดมากขึ้น อาจเกิดอันตรายต่อหัวใจที่ทำหน้าที่สูบฉีดโลหิต และอาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ต่างจากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต ที่การออกแรงทำกิจกรรม ไม่ส่งผลต่อการกำเริบรุนแรงของโรค ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิตที่อยู่ในระดับต่ำ

การศึกษาค้นคว้านี้ พบว่าการรับรู้อุปสรรคทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศ ($r = -.43, p < .01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศ ($\beta = -.28, p < .01$)

ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตาม health promotion model ของ Pender¹⁹ โดยเมื่อผู้ป่วยรับรู้อุปสรรคทางเพศน้อย จึงไม่เกิดขวางทางความคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศได้เหมือนเดิม แตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศชาย ที่การรับรู้อุปสรรคทางเพศไม่สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ อาจเนื่องจากในการศึกษาดังกล่าว ศึกษาเฉพาะเพศชาย โดยเพศชายการมีพฤติกรรมทางเพศเป็นสัญชาตญาณของมนุษย์ เมื่อร่างกายสมบูรณ์ก็อาจทำให้แสดงออกพฤติกรรมทางเพศได้ตามปกติ คล้ายคลึงกับก่อนการเจ็บป่วย แม้ว่าจะรับรู้ว่าเป็นอุปสรรค ก็ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรม

ภาวะซึมเศร้าทางเพศของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกดีเกี่ยวกับชีวิตด้านเพศ โดยรวมร้อยละ 77.7 ไม่มีอาการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ร้อยละ 72.9 และส่วนน้อยร้อยละ 15.3 มีการเปิดลำไส้ทางหน้าท้องที่จะส่งผลต่อภาพลักษณ์ จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกทางลบต่อพฤติกรรมทางเพศที่ผ่านมาน้อย ร่วมกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระยะที่ยังไม่แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น และส่วนใหญ่สิ้นสุดการรักษา มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้โรคที่อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรง ภาวะซึมเศร้าทางเพศจึงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง¹⁷⁻¹⁸ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการของโรคหัวใจที่ผู้ป่วยเป็น มีความสัมพันธ์กับการออกแรงทำกิจกรรม ที่อาจส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น อาจเกิดอาการโรคหัวใจกำเริบกะทันหัน หรือส่งผลต่อชีวิต²⁵ ผู้ป่วยจึงอาจเกิดความรู้สึกไม่มีความสุขต่อชีวิตด้านเพศที่ผ่านมา และรู้สึกผิดหวัง หดหู่ ท้อแท้กับคุณภาพการมีเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมามากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต ที่การออกแรงทำกิจกรรมไม่ส่งผล

ต่อโรคที่เป็น หรือทำให้เกิดอาการกำเริบได้ ดังนั้นภาวะซึมเศร้าทางเพศของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิตที่อยู่ในระดับต่ำ

ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าทางเพศครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ ชัญญา อุทศสิริพานิช และนรลักษณ์ เอื้อกิจ¹⁷ พบว่าภาวะซึมเศร้าทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.61, p < .01$) และสามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.30, p < .05$) และการศึกษาของ วินิตย์ หลงละเลิง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ¹⁸ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.51, p < .01$) ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตาม health promotion model ของ Pender¹⁹ ที่อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีรู้สึกผิดหวัง หดหู่ ท้อแท้ กับคุณภาพการมีเพศสัมพันธ์ และชีวิตด้านเพศโดยรวมที่ผ่านมาของตนเอง จะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมทางเพศลดลง

ความวิตกกังวลทางเพศของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศร้อยละ 72.9 จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกกังวลใจน้อย กลุ่มใจ กระวนกระวายเมื่อคิดถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่อาจจะเกิดขึ้นน้อย โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 ไม่รู้สึกกลัวการมีเพศสัมพันธ์ และไม่รู้สึกกดดันเมื่อคิดถึงการมีเพศสัมพันธ์ ความวิตกกังวลทางเพศจึงอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง^{17-18,21} อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจต้องคำนึงถึงการออกแรงในการทำกิจกรรมทางเพศ ที่อาจส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ และอาจส่งผลต่อชีวิต²⁴ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลใจ กลุ่มใจ ยุ่งยากใจ เมื่อคิดถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้มากกว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต

จึงมีความวิตกกังวลทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิตที่อยู่ในระดับต่ำ

ผลการศึกษาความวิตกกังวลทางเพศครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบว่าความวิตกกังวลทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.56$, $p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับการผ่าตัดรักษาโรคเรียบร้อยแล้ว และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต มีระยะเวลาสิ้นสุดการรักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 4.46 ปี (SD = 3.48) โดยผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษามานาน ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่โรคสงบ จึงอาจรู้สึกกังวลใจน้อยเมื่อคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และอาจเนื่องจากความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นกลัวและกังวล จากการประเมินสิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งที่มาคุกคามหรือเป็นอันตรายต่อตน อาจเป็นจริงหรือเป็นเพียงคาดการณ์ล่วงหน้า²⁵ หากผู้ป่วยรับรู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์ไม่ส่งผลให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อตนเอง ความกังวล กลุ้มใจ กัดดัน ยุ่งยากใจ หรือกระวนกระวายใจ เมื่อคิดเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์จะไม่เกิดขึ้น จึงไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่กำลังเกิดในขณะปัจจุบัน โดยการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า เพศสัมพันธ์ไม่ทำให้โรครุนแรงขึ้น ไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย และไม่ใช้เรื่องที่ต้องระมัดระวังมาก มีความวิตกกังวลทางเพศน้อย จึงอาจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศในปัจจุบัน นอกจากนี้อาจอธิบายในเชิงการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งทั้งความวิตกกังวลทางเพศมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับภาวะซึมเศร้าทางเพศ ($r = .69$ $p < .05$) จึงเป็นไปได้ว่าความสามารถที่ความวิตกกังวลทางเพศจะอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมทางเพศ ได้ถูกอธิบายโดยภาวะซึมเศร้าทางเพศไปแล้ว ทำให้ไม่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้ผลการศึกษาไม่สอดคล้องตาม health promotion model ของ Pender¹⁹

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สรุปได้ว่าการรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ ความวิตกกังวลทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 33 โดยที่ตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมทางเพศได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 3 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ สอดคล้องตาม health promotion model ของ Pender¹⁹ ซึ่งปัจจัยทั้งสามนี้สามารถทำนายพฤติกรรมทางเพศได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิตภายหลังการรักษา โดยเฉลี่ยแล้วมีพฤติกรรมทางเพศคงเดิม มีหนึ่งในสามส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศ การรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ เป็นปัจจัยที่สามารถส่งผลให้พฤติกรรมทางเพศเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่ครอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศ ประเมินพฤติกรรมทางเพศ การรับรู้อุปสรรคทางเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทางเพศ และภาวะซึมเศร้าทางเพศ นำไปวางแผนการดูแล ให้ความรู้ความเข้าใจ ส่งเสริมและจัดการดูแลปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศให้แก่ผู้ป่วย

ด้านการวิจัยควรศึกษาพัฒนาการวิจัยเชิงทดลอง การจัดการปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศอย่างเหมาะสมกับโรคที่เป็น และควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเพศเพิ่มเติม เช่น อายุ เพศ การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมีกิจกรรมทางเพศหลังได้รับการวินิจฉัยโรคและ

ได้รับการรักษา และอาการต่างๆ เป็นต้น รวมทั้งควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต เพื่อให้มีความเข้าใจพฤติกรรมทางเพศเชิงลึกมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่รอดชีวิต ที่มีการเปิดลำไส้ทางหน้าท้องแบบถาวร กับผู้ป่วยที่ไม่มีการเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง เพื่อทราบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม สามารถนำมาใช้วางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้เฉพาะเจาะจง และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

References

1. World Health Organization. Cancer [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Oct 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. National Cancer Institute Thailand. Hospital-based cancer registry 2018. Bangkok: New Thammasat Press (Thailand); 2019. 80 p. (in Thai).
3. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. National cancer control programme (2018-2022) [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2018 [cited 2020 Dec 12]. Available from: http://www.nci.go.th/th/Filedownload/D_index/เล่มแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง.pdf. (in Thai).
4. Centers for Disease Control and Prevention. National center for health statistics [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/index.htm..>
5. Macrae FA. Colorectal cancer: epidemiology, risk factors, and protective factors [Internet]. Alphen aan den Rijn, Netherlands: Wolters Kluwer; 2021 [cited 2021 Nov 4]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/colorectal-cancer-epidemiology-risk-factors-and-protective-factors?search=%20colorectal-cancer-epidemiology-risk-factors-and-protective-factors&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
6. National Cancer Institute: NCI's dictionary of cancer terms [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2020 [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/survivor>.
7. Averyt JC, Nishimoto PW. Addressing sexual dysfunction in colorectal cancer survivorship care. *J Gastrointest Oncol*. 2014;5(5):388-94. doi: 10.3978/j.issn.2078-6891.2014.059.
8. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston, MA: Little, Brown and Company; 1996. 366 p.
9. Maslow AH. Motivation and personality. 2th ed. New York: Harper & Row; 1970. 399 p.
10. Conner M, Norman P. Health behaviour: current issues and challenges. *Psychol Health*. 2017; 32(8):895-906. doi: 10.1080/08870446.2017.1336240.
11. Mercer CH. Sexual behaviour. *Medicine (Abingdon)*. 2014;42(6):291-3. doi: 10.1016/j.mpmed.2014.03.005.
12. Almont T, Bouhnik A-D, Ben Charif A, Bendiane M-K, Couteau C, Manceau C, et al. Sexual health problems and discussion in colorectal cancer patients two years after diagnosis: a national cross-sectional study. *J Sex Med*. 2019;16(1):96-110. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.11.008.

13. Den Oudsten BL, Traa MJ, Thong MSY, Martijn H, De Hingh IHJT, Bosscha K, et al. Higher prevalence of sexual dysfunction in colon and rectal cancer survivors compared with the normative population: a population-based study. *Eur J Cancer*. 2012;48(17):3161-70. doi: 10.1016/j.ejca.2012.04.004.
14. Milbury K, Cohen L, Jenkins R, Skibber JM, Schover LR. The association between psychosocial and medical factors with long-term sexual dysfunction after treatment for colorectal cancer. *Supportive Care Cancer*. 2013;21(3): 793-802. doi: 10.1007/s00520-012-1582-9.
15. Kongwanarat M. Intimacy and knowledge, attitude, and practice about sexual behavior among cervical cancer patients at King Chulalongkorn Memorial Hospital [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2011. 96 p. (in Thai).
16. Pichaya P. Relationships between selected factors and sexual behavior of aging males after prostatectomy [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. 152 p. (in Thai).
17. Uthassiripanich S, Ua-Kit N. Predicting factors of sexual behaviors among male patients with myocardial infarction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2011;22(2):31-43. (in Thai).
18. Longlalerng W, Ua-Kit N. Selected factors related to patients with myocardial infarction. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2010;22 Suppl:130-43. (in Thai).
19. Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 3th ed. Stamford, Conn: Appleton & Lange; 1996. 320 p.
20. Snell W. The extended multidimensional sexuality questionnaire: measuring psychological tendencies associated with human sexuality. Paper presented at: the annual meeting of the Southwestern Psychological Association; 1996; Houston, TX.
21. Boonrueang P, Ua-Kit N. Selected factors associated with sexual function among patients with myocardial infarction after percutaneous transluminal coronary intervention. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2020;47(1): 140-57. (in Thai).
22. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. 784 p.
23. Steinke EE, Mosack V, Hill TJ. Sexual self-perception and adjustment of cardiac patients: a psychometric analysis. *J Res Nurs*. 2013;18: 191-201. doi: 10.1177/1744987113477416.
24. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, Cheitlin MD, Conti JB, et al. Sexual activity and cardiovascular disease. *Circulation*. 2012; 125(8):1058-72. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182447787.
25. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1983. 78 p.