เพศวิถีในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง: บทบาทของพยาบาล

กันตพร ยอดใชย*

บทคัดย่อ

เพศวิถีมีความสำคัญเป็นลักษณะพื้นฐาน และมีความสัมพันธ์ที่ดีโดยรวมตลอดชีวิตของการเป็นมนุษย์ อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่มีสุขภาวะ แต่สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น เรื่องดังกล่าวมักจะถูกมองข้ามจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากในสังคมไทยมีทัศนคติและค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่ควรเปิดเผยในที่สาธารณะ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคู่สมรสที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการเรื่องเพศวิถีได้ ในบทความนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอเกี่ยวกับ คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับเพศวิถีในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ คุณลักษณะที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และบทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยบทบาทของพยาบาลควรประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับเปลี่ยนทัศนคติแก่ผู้ป่วยและคู่สมรสว่าเพศวิถีเป็นพื้นฐานของการเป็นมนุษย์ไม่มีถูกหรือผิด ซึ่งการแสดงออกทางเพศวิธีในผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) การดูแลระยะเริ่มต้น พบว่า กิจรรมทางเพศยังคงมีความสำคัญที่พยาบาลต้องให้คำแนะนำและการดูแลที่เหมาะสม และ 2) การดูแลระยะท้าย พบว่า ความใกล้ชิดจะเข้ามามีความสำคัญทำให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถมีเพศวิถีได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคอง, ความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ, ผู้ป่วย, เพศสัมพันธ์

* รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Corresponding author, email: kantaporn.y@psu.ac.th, Tel. 4649319-089

Received : June 29, 2021; **Revised :** September 16, 2021; **Accepted :** September 24, 2021

Sexuality in Palliative Care Patients: Nurse's Role

Kantaporn Yodchai*

Abstract

Sexuality is fundamental to overall health and well-being of individuals. Patients with palliative care is commonly is overlooked by health care providers. This is because Thai culture views this topic as private and not to be discussed in public, causing affected patients and their spouses to feel lack of concern resulting in low quality of life. This article provides information related to the definition associated with sexuality in patients with palliative care, factors related to sexual dysfunction (SD) in patients with palliative care, nurse's characteristics in caring for patients with palliative care as well as nurse's role of caring for patients with palliative care. Thus, nurses have to assess related factors and change patients and spouses' attitude, as sexuality is a basic need of human beings and is not right or wrong. Sexuality consists of two stages including: 1) initial stage found that sexual activities are vital and the nurses need to assist and provide appropriate sexual care, and 2) end of life stage, intimacy has become vital to assist patients and their spouses be able to have appropriate sexual activities based on illness stages and enhance their quality.

Keywords : Palliative care, Sexual dysfunction, Patients, Sexuality

* Assoc. Prof., Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Corresponding author, email: kantaporn.y@psu.ac.th, Tel. 4649319-089

Received : June 29, 2021; **Revised :** September 16, 2021; **Accepted :** September 24, 2021

บทนำ

เมื่อกล่าวถึงเพศวิถี (sexuality) หลายคนอาจคิดว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรนำมาพูดถึง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่โดยความเป็นจริงแล้ว เรื่องดังกล่าวมีความสำคัญต่อมนุษย์ ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลทั่วไป อีกทั้งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่มีสุขภาวะ (Taylor, 2011) แต่สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น เรื่องดังกล่าวมักถูกมองข้ามจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ (Vermeer, Bakker, Stiggelbout, Creutzberg, Kenter & Kuile, 2015) เนื่องจากความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ว่าการแสดงออกทางเพศวิถีนั้นเป็นเรื่องของคนวัยหนุ่มสาว หรือคนร่างกายแข็งแรง แต่สำหรับคนที่ป่วยหนักที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองนั้น ในมุมมองผู้ป่วยอาจจะรู้ทำให้รู้สึกเขินอาย รู้สึกผิด (stigma) หรือเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูด (taboo topic) ที่จะเปิดเผยในที่สาธารณะ อีกทั้งรู้สึกระอายที่จะยังคงให้ความสนใจทางเพศ ส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมทางเพศในที่สุด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Vermeer et al., 2015) ดังนั้นผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับคำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับเพศวิถีในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีภาวะพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ คุณลักษณะที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และบทบาทของพยาบาลในการให้คำแนะนำในการจัดการภาวะพร่องการทำหน้าที่ทางเพศตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

คำจำกัดความที่เกี่ยวข้องกับเพศวิถีในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2020) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ว่าหมายถึง การปฏิบัติการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้บริการเพื่อบรรเทาความปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่น ๆ ให้การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณ รวมทั้งเป็นการให้บริการร่วมกับการดูแลรักษาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนกระทั่งวาระสุดท้าย ซึ่งการดูแลระยะท้าย (end of life care) หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของโรคโดยใช้หลักการดูแลแบบประคับประคองเป็นแนวทางในการให้บริการ (กิตติกร, 2555)

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) ได้ให้คำจำกัดความของเพศวิถี (sexuality) ว่าหมายถึง ค่านิยม บรรทัดฐาน และระบบวิธีคิด วิธีปฏิบัติ การแสดงออกเกี่ยวกับความปรารถนาทางเพศของคู่รัก ชีวิตคู่ ที่มีความสัมพันธ์กับสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเพศวิถีมีความหมายที่กว้าง ไม่เฉพาะเจาะจงการมีกิจกรรมทางเพศเท่านั้น แต่รวมถึงความใกล้ชิด (intimacy) ที่เป็นการแสดงออกถึงความรัก ความอบอุ่น โดยผ่านการสัมผัส การกอด และการจูบ เป็นต้น

สุขภาพทางเพศ (sexual health) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) ได้ให้คำจำกัดความว่าเป็นลักษณะพื้นฐานของภาวะสุขภาพโดยรวม ความผาสุกของบุคคล คู่สมรส และครอบครัว เพื่อนำไปสู่สังคมการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของชุมชน และประเทศ ในขณะที่ความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ (sexual dysfunction) หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นในการร่วมเพศ สภาวะที่ร่างกายหรือจิตใจไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศได้ตามปกติ ทำให้ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มี (van Ek et al., 2015) ความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Wright, 2019) ดังนั้นเพศวิถีในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้นเป็นการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต ในการแสดงออกเกี่ยวกับความปรารถนาทางเพศ คู่รัก ชีวิตคู่ ที่มีความสัมพันธ์กับสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ

ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองมีความภาวะพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ มีดังต่อไปนี้

1. ปัญหาด้านร่างกาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่มะเร็ง (non-cancer chronic illness) พบว่า ความบกพร่องทางด้านร่างกายมีผลกระทบต่อความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความพิการร่างกายส่วนล่าง จากงานวิจัยของประเทศอินเดียเกี่ยวกับมุมมองและทัศนคติการทำหน้าที่ทางเพศในเพศชายที่ได้รับบาดเจ็บทางไขสันหลัง พบว่า ผู้ป่วยชายก่อนมีอัมพาตร่างกายส่วนล่าง (paraplegia) มีความสุข และพึงพอใจกับกิจกรรมทางเพศของตนเองและคู่สมรส แต่หลังจากได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง พบว่า ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ มีการหลั่งเร็ว และความต้องการทางเพศลดลง ไม่สามารถมีบุตรได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคู่สมรสและชีวิตคู่ตามมา (Sunilkumar, Boston, & Rajagopal, 2015) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคไตวายเรื่อรังระยะสุดท้าย พบว่า ความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง และนำไปสู่การหย่าร้างหรือการแยกทางของคู่สมรสได้ในที่สุด (Yodchai, Hutchinson, Oumtanee, 2018)

2. ภาวะทางจิตใจ โดยหลังจากที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและอาจเสียชีวิตในไม่ช้า ตัวอย่างในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีชีวิตรอดด้วยการรักษา พบว่า ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่าง ๆ ได้แก่ ปวด วิตกกังวล กลัว โกรธ ช็อค รู้สึกผิด และรู้สึกโดยเดี่ยว ซึ่งผู้ดูแลทีมสุขภาพควรเข้าใจการเปลี่ยนแปลงในระยะดังกล่าว โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปิดตัวเอง แยกตัวออกจากสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อกิจกรรมทางเพศและความใกล้ชิดกับคู่สมรสตามมา
(Nyatanga, 2019) อีกทั้งพบว่า ผู้ป่วยชายส่วนใหญ่จะสูญเสียบทบาทและความรับผิดชอบทางสังคม และสูญเสียความสามารถและความแข็งแรงของร่างกาย ในขณะที่เพศหญิงอาจจะรู้สึกถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผมร่วง ร่างกายซูบผอม เป็นต้น อาการเหล่านี้กระทบต่อความต้องการในเรื่องเพศสัมพันธ์หรือความใกล้ชิด

3. การรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง มีหลายวิธีในผู้ป่วยที่มีระยะของโรคที่รุนแรงหรือระยะของโรคเป็นมากแล้ว การรักษาก็จะมีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อความต้องการทางเพศลดลงได้ ดังนี้

3.1 การผ่าตัด (surgery) ชนิดของการผ่าตัดมีผลต่อเพศสัมพันธ์ถึงแม้จะไม่มีการผ่าตัดส่วนที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศ แต่อาจพบความบกพร่องทางเพศได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง เช่น ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการผ่าตัดรังไข่ มดลูก กระเพาะปัสสาวะ หรืออวัยวะอื่นๆ ในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน อาจทำให้เกิดอาการปวด และความต้องการทางเพศลดลงซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดหรือปริมาณของเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่ถูกผ่าตัดออกไป นอกจากนี้ถึงแม้ว่าการผ่าตัดสมัยใหม่จะมีวัตถุประสงค์หลัก คือ ไม่ทำอันตรายต่อระบบประสาท แต่พบว่าเพศหญิงมีความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลงไป และไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอดหลังได้รับการผ่าตัด อีกทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม มีผลทำให้ร่างการมีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อความต้องการทางเพศลดลง (Mercadante, Vitrano, Catania, Mercadante, Vitrano, & Catania, 2010) อีกทั้งในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากโคน (radical hysterectomy) มีการตัดบริเวณช่องคลอดด้านบนออก ทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดบริเวณข้างเคียง ร่วมกับการตัดคาร์ดินัล ลิกาเม้นต์ (cardinal ligament) และยูเทอโรซาคาร์ ลิกาเมนต์ (uterosacral ligament) ออกทำให้เส้นประสาทยูเทอโรวาจินัล (uterovaginal) ซึ่งอยู่ใน ligament ดังกล่าวถูกทำลายด้วย การรับความรู้สึกบริเวณคลิตอริส (clitoris) และช่องคลอดจึงลดลง ภายหลังการผ่าตัดช่องคลองจึงมีขนาดและความยาวลดลง มีความตื่นตัวตอบสนองต่อการเล้าโลมลดลง หรือเมื่อมีเพศสัมพันธ์ก็ไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอดได้ ถ้าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปีหรือมีบุตรเพียงพอแล้วอาจถูกตัดรังไข่ออกร่วมด้วย ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยจึงมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและเทสโทสเตอโรนลดลง ทำให้ผนังเยื่อบุช่องคลอดบางตัว

ลงกล้ามเนื้อเรียบของช่องคลอดฝ่อเหี่ยวและหดตัว ทำให้เมื่อมีเพศสัมพันธ์จึงรู้สึกเจ็บปวด (พรทิพย์ คงมุต, ศิริอร สินธุ, เอมพร รตินธร, และนันทกานต์ เอี่ยมวนานนทชัย, 2553) สำหรับเพศชายที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก อาจส่งผลรบกวนหูรูดภายในทำให้หย่อนหรือไร้สมรรถภาพทางเพศ

3.2 การรักษาด้วยเคมีบำบัด (chemotherapy) ผลกระทบจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้แก่ อาการซึมเศร้า อ่อนล้า ไม่มีเรี่ยวแรง อาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อการมีความต้องการทางเพศที่ลดลง (sex drive falls) แต่หลังจากได้รับยาครบอาจจะมีผลทำให้ความต้องการทางเพศเป็นปกติได้ แต่ถ้าผลจากการได้รับเคมีบำบัด เช่น ผมร่วม (alopecia) น้ำหนักลด หรือมีการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central line) อาจทำให้มีความรู้สึกเป็นคนไม่มีเสน่ห์ (unsexy) ซึ่งมีผลต่อทำให้การทำหน้าที่ทางเพศลดลงได้ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม แพทย์จำเป็นต้องใช้รังสีรักษาร่วมด้วย การรักษาด้วยรังสีทำให้รังไข่ซึ่งสามารถทนทานต่อรังสีได้ไม่เกิน 1,600 เซนติเกรย์ ถูกทำลาย การฉายแสงรังสีร่วมกับการสอดใส่สารกัมมันตรังสีทำให้ช่องคลอดได้รับรังสีในบริเวณช่องคลอดเกิดการอุดตันและฝ่อ เกิดพังผืดในช่องคลอด ภายหลังการได้รับรังสีช่องคลอดไม่สามารถผลิตสารหล่อลื่นได้ เมื่อมีเพศสัมพันธ์จึงทำให้รู้สึกปวด ทำให้ความต้องการทางเพศและความตื่นตัวในเรื่องเพศลดลง ภายหลังได้รับรังสีร่างกายจะมีการตอบสนองโดยเกิดการตีบตันของช่องคลอดตามมา ดังนั้นเมื่อระยะของโรคเป็นมากแล้ว การรักษาจึงจำเป็นต้องมีความซับซ้อนมากขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของช่องคลอดมากขึ้นและเกิดความบกพร่องทางเพศได้มากกว่าผู้ที่ป่วยที่มีระยะของโรคระยะต้นๆ (พรทิพย์ คงมุต และคณะ, 2553)

3.3 ฮอร์โมนที่ได้รับ (hormonal therapy) การรักษาด้วยฮอร์โมนในผู้ป่วยโรคมะเร็ง อาจจะเป็นลักษณะของการเพิ่มฮอร์โมน หรือให้ยาเพื่อขัดขวางการสร้างฮอร์โมน ซึ่งควรพิจารณาถึงภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อการหย่อนสมรรถภาพทางเพศเมื่อมีการบริหารยาเหล่านี้ เช่น ยาทาม็อกซิเฟน (tamoxifen) และยาแอนแอสโทรโซล (anastrozole) เป็นยาที่ใช้ทั่วไปในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งมีผลข้างเคียงน้อยกว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งยานี้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยหญิงมีความต้องการทางเพศลดลง มีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการหลั่งสารหล่อลื่นช่องคลอดลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีปัญหาการทำหน้าที่ทางเพศลดลงนอกจากนี้ยังทำให้การรับรู้ความรู้สึกที่บริเวณเต้านมลดลง และไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอดได้หรือการสำเร็จความใคร่ได้ (Mercadante et al., 2010; Taylor, Harley, Absolom, Brown, & Velikova, 2016)

3.4 การใช้รังสีรักษา (radiotherapy) การใช้รังสีรักษามีผลข้างเคียงคล้ายกับการรักษาด้วยเคมีบำบัด โดยผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนล้า คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย และอาการอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความรู้สึกทางเพศลดลงได้ เช่น ในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 30 ผู้ป่วยชายอวัยวะเพศไม่แข็งตัวหลังจากการทำรังสีรักษา (Mercadante et al., 2010)

3.5 การรักษาด้วยยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid treatment) การรักษาด้วยยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ในขนาดที่สูง มีผลทำให้เกิดภาวะฮอร์โมนเพศต่ำ (hypogonadism) และมีความบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ได้ และมีผลทำให้เกิดความซึมเศร้า เหนื่อยล้า และมีปัญหาทางเพศในระดับสูง (Mercadante et al., 2010)

4. สังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และบางรายอาจเปลี่ยนแปลงบทบาทจากหัวหน้าครอบครัว เป็นเป็นสมาชิกในครอบครัวแทน ดังนั้นในรายที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจหรือมีรายได้น้อย มีผลต่อความบกพร่องทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีความเครียด กังวลเกี่ยวกับค่ารักษา และมุ่งจัดการกับปัญหาจนทำให้ลืมเรื่องเพศสัมพันธ์ (ชัชวาล วงค์สารี, 2559)

5. ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ โดยความเชื่อที่ว่าการแสดงออกทางเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องของคนวัยหนุ่มสาว หรือคนร่างกายแข็งแรง แต่สำหรับคนที่ป่วยหนักและอยู่ในวัยผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อาจจะรู้สึกเขินอาย รู้สึกผิด (stigma) หรือเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูด (taboo topic) ที่จะเปิดเผยในที่สาธารณะ อีกทั้งรู้สึกระอายที่จะยังคงให้ความสนใจทางเพศและหลีกเลี่ยง/งดการมีพฤติกรรมทางเพศในที่สุด (Wright, 2019)

คุณลักษณะที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

พยาบาลควรมีคุณลักษณะที่สำคัญ (Cort et al., 2004) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ตระหนักในความรู้สึก เจตคติ คุณค่าในเรื่องเพศวิถี
2. มีความรู้ทางด้านชีววิทยา จิตวิทยา และวัฒนธรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศวิถี
3. เป็นคนเปิดเผยตรงไปตรงมา
4. มีการยอมรับความคิดและความเชื่อของบุคคลอื่น
5. มีความมั่นคงและน่าเชื่อถือ
6. สามารถรักษาความลับได้

บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่ประสบปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเพศวิถี ผู้เขียนได้แบ่งบทบาทของพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแบบแบบประคับประคอง เป็น 2 ระยะ คือ 1) การดูแลระยะเริ่มต้น และ 2) การดูแลระยะท้าย

1. การดูแลระยะเริ่มต้น จากคำจำกัดความข้างต้นในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคไตเรื้อรังในระยะเริ่มต้น ยังคงมีความต้องการมีการทำกิจกรรมทางเพศ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะที่จะดูแลผู้ป่วยและคู่สมรส (ชัชวาล วงค์สารี, 2559; ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554) มีดังนี้

1.1 การประเมินปัญหา พยาบาลควรจะประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อแยกสาเหตุและรวมถึงคู่สมรสด้วยหัวข้อในการประเมิน มีดังนี้

1.1.1 การเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น การปวดเรื้อรัง หรือการเคลื่อนไหวลดลง ที่อาจส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศลดลง

1.1.2 วิธีการรักษาและยาที่ได้รับ เช่น ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ ยาทาม็อกซิเฟน (tamoxifen) และยาแอนแอสโทรโซล (anastrozole) เป็นยาที่ใช้ทั่วไปในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งยานี้มีผลทำให้ผู้ป่วยหญิงมีความต้องการทางเพศลดลง

1.1.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งส่งผลต่อวงจรการตอบสนองทางเพศ

1.1.4 การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับโรคที่เป็น

1.1.5 ความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้ป่วยและคู่สมรสที่เป็นอุปสรรคต่อการแสดงออกทางเพศ หรือทัศนคติการเจ็บป่วยและเพศวิถี ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น

1.1.6 สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นในครอบครัว ทำให้ขาดความเป็นส่วนตัว ซึ่งเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดว่าไม่ควรมีกิจกรรมทางเพศอีกต่อไป

1.2. แนวทางการช่วยเหลือ บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือสามารถกระทำได้ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาและให้ความรู้ ดังนี้

1.2.1 พยาบาลควรมีการสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากปัญหาทางเพศวิถีเป็นเรื่องที่อ่อนไหวต่อความรู้สึก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ความไว้วางใจเป็นประเด็นที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเข้าไปหาพยาบาลเพื่อเปิดประเด็นและให้ความร่วมมือในการดูแล ไม่เกิดความรู้สึกเขินอาย หรือรู้สึกผิดเมื่อพยาบาลเปิดประเด็นคำถาม (Mercadante et al., 2010; Wright, 2019)

1.2.2 แนะนำให้คู่สมรสมาโรงพยาบาลเพื่อหาสาเหตุของปัญหา และให้ความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และความต้องการทางเพศ รวมทั้งปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาทางเพศ โดยควรเน้นการให้คำปรึกษาตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและคู่สมรสเป็นหลัก (Edey, 2017; Vermeer et al., 2015)

1.2.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สนทนาเพื่อระบายความเครียด และลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยได้ระบายมากที่สุด รับฟัง และให้คำแนะนำพร้อมวิธีการจัดการกับอารมณ์ดังกล่าวตามประเด็นการสนทนา อีกทั้งควรเปิดโอกาสให้คู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วม (Vermeer et al., 2015)

1.2.4 แนะนำให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับสุขภาพของตนเองให้มีสุขภาพที่ดีทั้ง ด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นของการมีเพศสัมพันธ์ตามวิถีของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

1.2.5 ควรมีความตระหนักถึงระบบความเชื่อ ขนมธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนา จากการศึกษาของพรทิพย์ คงมุต และคณะ (2553) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความบกพร่องทางเพศในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังได้รับการรักษา พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์และไม่มีอิทธิพลในการทำนายความบกพร่องทางเพศ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสวดมนต์ ทำสมาธิ นอกจากนี้ความเชื่อที่ว่าโรคนี้เป็นผลมาจากกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างปรับตัวได้ดีขึ้น

1.2.6 แนะนำการสร้างแรงดึงดูดซึ่งกันและกัน เช่น การอาบน้ำอุ่นด้วยกันหรือการนวดจากคู่สมรส สามารถกระตุ้นความต้องการทางเพศของผู้ป่วยได้ (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554)

1.2.7 การดูแลสุขภาพของตนเองในเรื่องสุขอนามัย สุขภาพฟัน และการแต่งกายที่ดีเป็นสิ่งที่สามารถดึงดูดความสนใจของคู่สมรสได้ (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554)

1.2.8 ควรมีเพศสัมพันธ์ขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าผ่อนคลายมากที่สุด และควรเป็นช่วงหลังรับประทานยาแก้ปวด การเอาชนะความอ่อนแรง และความเจ็บปวดได้ จะมีผลทำให้เกิดความรู้สึกต้องการทางเพศ และสามารถดำเนินกิจกรรมทางเพศให้ลุล่วงได้ ซึ่งถ้ามีอาการเหน็ดเหนื่อย หมดแรง ควรแนะนำให้มีกิจกรรมทางเพศตอนเช้าหรือหลังจากการได้พักผ่อนมาช่วยระยะเวลาหนึ่ง (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554)

1.2.9 แนะนำท่าที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย เช่น ท่านอนตะแคงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ปวดข้อสะโพก ผู้ป่วยที่ปวดบริเวณส่วนบนของร่างกายหรือผู้ที่ไม่แข็งแรง ให้ใช้หมอนรองบริเวณสะโพกร่วมด้วย (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2554)

1.2.10 ในเพศหญิงที่มีภาวะช่องคลอดแห้ง แนะนำให้ใช้เจลหล่อลื่น (Vermeer et al., 2015)

1.2.11 ควรปรึกษาแพทย์ในการพิจารณาปรับเปลี่ยนยาโดยเฉพาะยาที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศบกพร่อง หากผู้ป่วยมีปัญหาที่รุนแรงและไม่สามารถแก้ไขได้ พยาบาลต้องประสานงานกับแพทย์เพื่อเปลี่ยนยาใหม่ที่มีผลต่อสุขภาพทางเพศน้อยที่สุดหรือปรึกษาแพทย์ในการใช้ฮอร์โมนทดแทนในรายที่ไม่มีข้อห้าม (Vermeer et al., 2015) เช่น กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจสั้น ควรปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาใช้ยาขยายหลอดลมก่อนการมีกิจกรรมทางเพศ หรือการใช้หมอนสูง ซึ่งจะช่วยทำให้การหายใจดีขึ้นในระหว่างการทำกิจกรรมทางเพศ และอาจพิจารณาลดการใช้ยาลดปวดหรือยาระงับประสาทซึ่งจะส่งผลต่อการมีกิจกรรมทางเพศในรายที่ไม่มีข้อห้าม (Katz, 2021)

1.3 ประเมินติดตามความบกพร่องการทำหน้าที่ทางเพศ และหรือเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถโทรศัพท์สอบถามเมื่อมีประเด็นอื่น ๆ ที่ต้องการคำปรึกษา

2. การดูแลระยะท้าย

เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายหรือใกล้ตาย โดยอาการของโรคอาจจะไม่สามารถควบคุมได้ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตในทันที แม้ผู้ป่วยระยะท้ายจะไม่มีความต้องการมีกิจกรรมทางเพศ แต่พวกเขาเหล่านั้นยังคงมีความรู้สึกทางเพศ (sexual feelings) ขณะที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตก็ตาม บทบาทของพยาบาล (Katz, 2021) มีดังนี้

2.1 จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรสได้แสดงออกถึงความรักและความผูกพัน

2.2 แนะนำให้ผู้ป่วยและคู่สมรสใช้การสัมผัส จูบ โอบกอด การลูบไล้ และการจับมือ ซึ่งเป็นกิจกรรมจะสามารถนำไปสู่ความพึงพอใจทางเพศวิถี อีกทั้งยังช่วยบรรเทาอาการปวดและทำให้ผ่อนคลายได้

2.3 แนะนำให้คู่สมรสดูแลผู้ป่วยโดยการช่วยเหลืออาบน้ำ ทาโลชั่นเพื่อจะช่วยสัมผัสผู้ป่วยและให้การดูแลแสดงออกถึงความรักและความผูกพัน

2.4 กรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลนั้น ผู้ดูแลควรจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเป็นส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่สมรถได้มีเวลามากที่สุด และควรจัดให้คู่สมรสนอนเตียงเดียวกับผู้ป่วย กรณีที่สถานพยาบาลนั้น ๆ อนุญาต เพื่อเปิดโอกาสให้ทั้งสองฝ่ายแสดงความรัก เช่น การกอด จับมือ การลูบไล้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ถูกทอดทิ้งในวาระสุดท้ายของชีวิต

สรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มักถูกมองข้ามจากทีมสุขภาพในการดูแลเกี่ยวกับเพศวิถี โดยเฉพาะในผู้ป่วยมีระยะของโรคที่รุนแรงและไม่สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ พยาบาลผู้ดูแลควรมีคุณลักษณะที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยการให้คำปรึกษา การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับเปลี่ยนทัศนคติแก่ผู้ป่วยและคู่สมรสว่า เพศวิถีไม่มีถูกหรือผิดที่จะมีการแสดงออก โดยความใกล้ชิดจะเข้ามามีความสำคัญมากกว่าการมีกิจกรรมทางเพศในผู้ป่วยระยะท้าย/ใกล้ตาย ที่จะทำให้ผู้ป่วยและคู่สมรสสามารถมีเพศวิถีได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของโรค ทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกละเลย ทอดทิ้ง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

.....

เอกสารอ้างอิง

กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต: The end of life care.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2554). เพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ. *วารสาร มฉก.วิชาการ, 15*(29), 97-112.

ชัชวาล วงค์สารี. (2559). โรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ: บทบาทพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้าจันทบุรี, 27*(2), 133-139.

พรทิพย์ คงมุต, ศิริอร สินธุ, เอมพร รตินธร, และนันทกานต์ เอี่ยมวนานนทชัย. (2553). ลักษณะและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความบกพร่องทางเพศในสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกภายหลังได้รับการรักษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 28*(1), 38-46.

Cort, E., Monroe, B., & Oliviere, D. (2004). Couples in palliative care. *Sexual & Relationship Therapy, 19*(3), 337-354. doi: 10.1080/14681990410001715454

Edey, M. M. (2017). Male sexual dysfunction and chronic kidney disease. *Frontiers in Medicine, 4*(32), 1-10.

Katz, A. (2021). *Sexuality at the end of Life*. Retrieved from https://www.virtualhospice.ca/en_US/Main+Site+Navigation/Home/For+Professionals/For+Professionals/The+Exchange/Current/Sexuality+at+the+End+of+Life.aspx

Mercadante, S., Vitrano, V., Catania, V., Mercadante, S., Vitrano, V., & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: A review. *Supportive Care in Cancer, 18*(6), 659-665. doi: 10.1007/s00520-010-0814-0

Nyatanga, B. (2019). The many challenges of living with prostate cancer. *British Journal of Community Nursing, 24*(11), 558-558. doi: 10.12968/bjcn.2019.24.11.558

Sunilkumar, M. M., Boston, P., & Rajagopal, M. R. (2015). Views and attitudes towards sexual functioning in men living with spinal cord injury in Kerala, South India. *Indian Journal of Palliative Care, 21*(1), 12-20. doi: 10.4103/0973-1075.150158

Taylor, B (2011) Addressing issues of sexuality in terminal disease. *Amyotrophic Lateral Sclerosis, 12*(Suppl.1), 6-8.

Taylor, S., Harley, C., Absolom, K., Brown, J., & Velikova, G. (2016). Breast cancer, sexuality, and intimacy: Addressing the unmet need. *Breast Journal, 22*(4), 478-479. doi: 10.1111/tbj.12614

Van Ek, G., Krouwel, E. M., Nicolai, M., Bouwsma, H., Ringers, J., Putter, H., . . . Elzevier, H. (2015). Discussing sexual dysfunction with chronic kidney disease patients: Practice patterns in the office of the nephrologist. *The Journal of Sexual Medicine, 12*, 2350-2363.

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Creutzberg, C. L., Kenter, G. G., & Ter Kuile, M. M. (2015). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: Professionals' current practices and need for assistance. *Supportive Care in Cancer, 23*(3), 831-839. doi: 10.1007/s00520-014-2433-7

World Health Organization. (2020). *Palliative care*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

World Health Organization. (2021). *Sexual health*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Wright, J. (2019). Addressing sexuality and intimacy in people living with Parkinson's during palliative care and at the end of life. *British Journal of Nursing, 28*(12), 772-779. doi: 10.12968/bjon.2019.28.12.772

Yodchai K., Dunning T., Hutchinson A.M., Oumtanee A., Savage S. (2011). How do Thai patients with end stage renal disease adapt to being dependent on haemodialysis? A pilot study. *Journal of Renal Care* 37(4), 216-223.

Yodchai, K., Hutchinson, A.M., & Oumtanee, A. (2018). Nephrology nurses' perceptions of discussing sexual health issues with patients who have end-stage kidney disease. *Journal of Renal Care, 44*(4), 229-237.