



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

Nursing Public Health and Education Journal
ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561 ISSN 0859-3949

การรักษามะเร็งทางรีเวชด้วยการผ่าตัดกับผลกระทบต่อผลทางด้านความบกพร่องทางเพศ

* ประวีตา คำแดง

การควบคุมอาหารชักและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคลมชัก: เปรียบเทียบระหว่างวัยสูงอายุกับวัยผู้ใหญ่

* อัจฉราภรณ์ ทองเย็น, ชุศักดิ์ ลิ้มไพบ, อิตติมา วัฒนวิจิตรกุล

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจโดยใช้รูปแบบผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์

* ปรีศนา วะสี, มยุรฉัตร ด้วงนกร, บุษบา อัครวนสกุล, วรณิกา จะเรียมพันธ์, ชนาวิทย์ สิทธิสมบัติ, กฤตพัทธ์ ผิกฝน

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในทารกอายุ 6 เดือน
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3

* สุจิตรา บางสมบุญ

ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอด
ที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน

* วรินทร์ธร สุขกาย, ฉวี เบาทรงวง, นันทพร แสงศิริพันธ์

การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

* ปัทมาพร ชนมาร

ความรู้ การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ตำบลแวง อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด

* เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, ฉัตรลดา ดีพร้อม, ลฎาภา วังบง

รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในทศวรรษหน้า

* นิมิตรตรา แว, วิจิต เรืองบ้าน, วารุณี ทะยีสามะสา, นิสาวร มุหะมัด, นฤมล ทองมาก, อรรณพ สนธิไชย

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลจำปาหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา

* ประจวบ แผลมหลัก, เพชรภรณ์ ชัยรัตน์, สรวิต บุญญศรี

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

* กาวินี ชุ่มเสียง, ปิ่นท้อย ศุภเมธาพร, นิชกานต์ ทรงไทย

การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านกอก
ตำบลดงแดง อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

* อรุณรัตน์ ปัญจะกลินเกษร, ฉัตรลดา ดีพร้อม,

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน
อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

* ญาดา เรียมริมมะดัน, พงษ์ณัฐวัฒน์ สมบัติภูธร,

รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมอัตลักษณ์การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของนักศึกษา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต(สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

* อรรณพ สนธิไชย, ถนอมศักดิ์ บุญสุ, นิธิศ ฮานี

ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการขึ้นฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรกบนหอผู้ป่วย

* กฤตพัทธ์ ผิกฝน, เปรมฤดี ศรีวิชัย, สุรางคนา ไชยรินคำ, ปกัษญา ธัญปานสิน

การพัฒนบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์แบบปฏิสัมพันธ์เพื่อใช้ในการเรียนเรื่องการตรวจสภาพจิต ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี

* นงคาร รวงแดง, ดวงดาว อุบลรัมย์

Nursing
Public Health
Education



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2561 ISSN 0859-3949

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต้อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพนิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.ธานี กล่อมใจ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน ดร.ปรีศนีย์ สมิทธิ์

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

อาจารย์วรัญญากร โนนใจ

อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล

นายเอกชัย หมั่นขัติย์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

รองศาสตราจารย์ ดร.ประวิต เอรารวรรณ

รองเลขาธิการคณะกรรมการการอุดมศึกษา

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ

มหาวิทยาลัยเนชั่น

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ตง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย

เทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.บรรจง ไชยรินคำ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

มหาวิทยาลัยเนชั่น

ดร.นุสรุา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์

นครสวรรค์

ดร. ดาราวรรณ รองเมือง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร.ดลนภา หงส์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

สารบัญ

หน้า

- การรักษามะเร็งทางนิวรีเวชด้วยการผ่าตัดกับผลกระทบต่อด้านความบกพร่องทางเพศ 3
- การควบคุมอาการชักและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยโรคลมชัก : เปรียบเทียบระหว่างวัยสูงอายุกับวัยผู้ใหญ่ 14
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจโดยใช้รูปแบบผู้จัดการรายกรณีโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ 27
- ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในทารกอายุ 6 เดือนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 40
- ผลของการสนับสนุนในระยะคลอดต่อความเจ็บปวดและการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดที่ได้รับการเร่งคลอดด้วยยาออกซิโทซิน 49
- การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 61
- ความรู้ การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแวง อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด 73
- รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในทศวรรษหน้า 86
- แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลจำปาหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 97
- ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 108
- การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบ้านกอก ตำบลดงแดง อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด 120
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา 132
- รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมอัตลักษณ์การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 145
- ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลครั้งแรกบนหอผู้ป่วย 161
- การพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิ่งแบบปฏิสัมพันธ์เพื่อใช้ในการเรียนเรื่องการตรวจสภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี 169



การรักษามะเร็งทางนรีเวชด้วยการผ่าตัด กับผลกระทบด้านความบกพร่องทางเพศ

ประวีดา คำแดง
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

บทคัดย่อ

ในประเทศไทยมะเร็งทางนรีเวชเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในบรรดาโรคมะเร็งทั้งหมดของสตรี และเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตการรักษารวมถึงมะเร็งทางนรีเวชมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การใช้ยาเคมีบำบัด และการรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน การเลือกวิธีการรักษานั้นขึ้นอยู่กับอายุ ภาวะสุขภาพ ระยะของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมด้วย การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่ใช้มากที่สุด เพราะเป็นวิธีการที่สามารถนำเอาก้อนมะเร็งและตำแหน่งที่มะเร็งมีการแพร่กระจายไปถึงออก การผ่าตัดในสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวชส่วนใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัดมดลูกออกบางส่วนโดยยังคงปากมดลูกและช่องคลอดเอาไว้ การผ่าตัดมดลูกรวมไปถึงปากมดลูกและช่องคลอดบางส่วน การผ่าตัดมดลูกร่วมกับการผ่าตัดรังไข่และท่อนำไข่ออกหนึ่งหรือสองข้าง และการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้างร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองและเนื้อเยื่อพังพืดที่ยึดมดลูกออก การรักษาด้วยการผ่าตัดแม้จะเป็นการทำให้ต้นตอของการเกิดรอยโรคถูกกำจัดออกไป แต่อาจมีผลกระทบต่อสตรีทั้งด้านร่างกายและจิตใจภายหลังได้รับการรักษา ผลกระทบที่พบได้มากคือปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และการสูญเสียภาวะเจริญพันธุ์ เนื่องจากการรักษามะเร็งทางนรีเวชส่งผลกระทบต่อสรีรวิทยาของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในร่างกาย และผลกระทบต่อจิตใจของสตรีเป็นอย่างมาก อันนำมาสู่ผลกระทบด้านความบกพร่องทางเพศในสตรีตามมาได้

คำสำคัญ : มะเร็งทางนรีเวช การผ่าตัด ความบกพร่องทางเพศ

Gynecological Cancer Treatment with Surgery And Impact on Sexual Dysfunction

Praveda Kamdaeng
McCormick Faculty of Nursing, Payap University

Abstract

In Thailand, gynecological cancer is the most common cancer among women, and that is one of the causes to death. There are many different ways to treat gynecological cancer include surgery, radiation therapy, chemotherapy and several ways. The choice of treatment depends on the age, health status, stage of the disease, and complications. Surgery is the most common treatment because it can remove the cancer and metastasis lesion. Surgery in



most gynecologic cancers includes subtotal abdominal hysterectomy, total abdominal hysterectomy, total abdominal hysterectomy with salpingo-oophorectomy/ bilateral salpingo-oophorectomy, radical hysterectomy. Surgical treatment, even if the root cause of the lesion is eliminated but it may affect women physically and psychologically after treatment. The most common side effect is sexual dysfunction and loss of fertility because gynecologic cancer treatment affects the physiology of the female reproductive system, hormones, and psychological impact on sexual dysfunction in women.

Keywords : Gynecological Cancer/ Surgery/ Sexual Dysfunction

บทนำ

โรคมะเร็งทางนรีเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประเทศในสตรี (National cancer institute, 2017) การรักษาโรคมะเร็งทางนรีเวชในปัจจุบันมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี การที่แพทย์จะเลือกรักษาด้วยวิธีใดนั้นก็ขึ้นอยู่กับอายุ สุขภาพของสตรี ขอบเขตหรือระยะของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่พบร่วมด้วย (จตุพล ศรีสมบุรณ์และชานาญ เกียรติพิรกุล, 2554) มะเร็งทางนรีเวชไม่ว่าจะเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดของอวัยวะสืบพันธุ์หลักในการรักษาส่วนใหญ่คือการนำเอาบริเวณรอยโรคที่พบออกให้มากที่สุด เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของโรค การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดในปัจจุบัน เพราะเป็นวิธีการที่สามารถนำเอาก้อนมะเร็งหรือตำแหน่งที่มีการแพร่กระจายไปถึงออก ชนิดการผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับระยะการลุกลามของมะเร็งภายหลังได้รับการผ่าตัดจะส่งผลกระทบต่อสรีรวิทยาของระบบสืบพันธุ์สตรี การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายและจิตใจ เนื่องจากวงจรของการมีเพศสัมพันธ์ในแต่ละระยะนั้นเกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์ตั้งแต่มดลูก ปากมดลูก ช่องคลอด จนถึงอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก เช่นเมื่อผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้างออก ในสตรีที่อายุน้อยหรือยังไม่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขาดฮอร์โมน เช่น อาการ

ของการหมดประจำเดือน (menopausal syndrome) และช่องคลอดแห้ง เป็นต้น การผ่าตัดอวัยวะดังกล่าวออกไป จึงส่งผลกระทบต่อวงจรการมีเพศสัมพันธ์ของสตรีอันนำไปสู่ความบกพร่องทางเพศและปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพกับคู่สมรสตามมาได้ การทำความเข้าใจในวงจรการตอบสนองทางเพศ ความบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้นกับสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวชหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และการชี้แนะแนวทางการแก้ไขความบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้นจึงน่าจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

มะเร็งทางนรีเวชและการรักษาด้วยการผ่าตัด

มะเร็งทางนรีเวชที่พบได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งมดลูก มะเร็งท่อนำไข่ มะเร็งรังไข่ มะเร็งครรภ์ไข่ปลาอุกหรือมะเร็งเนื้อรก และมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก การรักษาโรคมะเร็งทางนรีเวชในปัจจุบันที่มักพบได้แก่ การผ่าตัดซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ใช้มากที่สุด เพราะเป็นวิธีการที่สามารถนำเอาก้อนมะเร็งหรือตำแหน่งที่มีการแพร่กระจายไปถึงออก การใช้รังสีรักษา คือ การฉายรังสีที่บริเวณอุ้งเชิงกรานอย่างต่อเนื่องทุกวันเป็นระยะเวลาประมาณ 4-6 สัปดาห์ และการสอดใส่แร่ไว้ในโพรงมดลูกและช่องคลอดจนได้รับปริมาณรังสีที่ต้องการ การใช้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่มักให้ก่อนผ่าตัด โดยยาเคมีบำบัดที่ให้มีผลทำให้ขนาดของก้อนมะเร็งเล็กลงช่วยให้การผ่าตัดง่ายขึ้น



หรืออาจให้ยาเคมีบำบัดหลังจากการผ่าตัด เพื่อช่วยทำลายเซลล์มะเร็งที่เหลือ หรืออาจให้ร่วมกับรังสีรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง (วิชาญ หล่อวิทยา, 2544) และการใช้หลายวิธีร่วมกัน

การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่พบมากที่สุด เพราะเป็นวิธีการที่สามารถนำเอาก้อนมะเร็งหรือตำแหน่งที่มีการแพร่กระจายไปถึงออก โดยการผ่าตัดส่วนใหญ่ จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรคกับระยะการลุกลามของมะเร็ง (Duid & Savage, 1999) ดังนี้

1. การผ่าตัดมดลูกออกบางส่วน (subtotal hysterectomy) เป็นการผ่าตัดทางหน้าท้อง (transabdominal) หรือช่องคลอด (transvaginal) เพื่อทำการผ่าตัดเอามดลูกออก แต่ยังคงเหลือส่วนของปากมดลูกไว้

2. การผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด (total hysterectomy) เป็นการผ่าตัดทางหน้าท้องหรือทางช่องคลอดก็ได้ เพื่อทำการผ่าตัดเอามดลูกออกทั้งหมด รวมทั้งปากมดลูกส่วนบน 1/3 - 2/3 ออกด้วยแต่ยังคงเหลือท่อรังไข่และรังไข่ทั้งสองข้าง แล้วเย็บส่วนบนของช่องคลอดบริเวณฟอร์นิซ(fornix)ไว้ ในการผ่าตัดทางหน้าท้องจะมีข้อได้เปรียบกว่าการผ่าตัดทางช่องคลอด เนื่องจากสามารถตรวจต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะอื่นๆ ได้

การผ่าตัดทั้งสองชนิดนี้สตรียังคงมีฮอร์โมนเพศอยู่ เนื่องจากรังไข่ไม่ได้ถูกตัดออกไปด้วย

3. การผ่าตัดท่อนำไข่และรังไข่ (salpingo-oophorectomy) เป็นการผ่าตัดเอาปีกมดลูกและรังไข่ ออก อาจผ่าตัดเอารังไข่ออกข้างเดียว (unilateral) หรือ ผ่าตัดเอารังไข่ออกทั้งสองข้าง (bilateral) ซึ่งส่วนใหญ่ในการผ่าตัดในสตรีที่เป็นมะเร็งนั้นจะเป็นการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมกับการผ่าตัดเอามดลูกออกเพื่อป้องกันการลุกลามของมะเร็ง ส่วนในกรณีทำการผ่าตัดเอารังไข่ข้างใดข้างหนึ่งออกจะเป็นการผ่าตัด

เพื่อรักษาในสตรีที่เป็นเนื้องอกชนิดธรรมดา หรือเป็นถุงน้ำที่รังไข่

4. การผ่าตัดมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ (total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy) เป็นการผ่าตัดเอามดลูกออก รวมทั้งส่วนของปากมดลูก ช่องคลอดส่วนบน 1/3 ถึง 2/3 ส่วน ท่อนำไข่ และรังไข่ ออก อาจเป็นการผ่าตัดเอารังไข่ข้างเดียวหรือสองข้าง

5. การผ่าตัดแบบแรดดิคอลล (radical hysterectomy) เป็นการผ่าตัดเอามดลูก ปากมดลูก ช่องคลอดส่วนบน 1/3 ถึง 2/3 ส่วน ท่อนำไข่ รังไข่ รวมทั้งเนื้อเยื่อด้านข้างมดลูก (parametrium) และเอ็นยึดมดลูก (uterosacral ligaments) ออกทั้งหมด โดยพยายามเลาะแยกออกจากท่อไตและเส้นเลือดใหญ่ที่มาเลี้ยงมดลูก รวมทั้งการเลาะเอาต่อมน้ำเหลืองออก (pelvic lymphadenectomy) บางครั้งเรียกการผ่าตัดที่มีการเลาะต่อมน้ำเหลืองร่วมด้วยนี้ว่าการผ่าตัดแบบเวอร์ทิม (Wertheim's operation) ส่วนใหญ่กระทำในการรักษาสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะ IB และบางรายของ IIA

กรณีทำการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้างออก ในสตรีที่อายุยังน้อยหรือยังไม่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือน แพทย์อาจพิจารณาให้ได้รับฮอร์โมนเสริมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการขาดฮอร์โมน เช่น อาการของการหมดประจำเดือน (menopausal syndrome) กระดูกพรุน ช่องคลอดแห้ง เป็นต้น

6. การผ่าตัดมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก (vulvectomy) เป็นการผ่าตัดเอาบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกออกบางส่วน (partial) หรือทั้งหมด (total) หรือการทำผ่าตัดเอามะเร็งออกร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบออก (radical vulvectomy and inguinal lymphadenectomy) ซึ่งการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งรอยโรคถ้ามะเร็งปฐมภูมิ



อยู่ห่างจากคลิตอริส ท่อปัสสาวะและทวารหนัก ก็สามารถผ่าตัดออกได้กว้าง และหลีกเลี่ยงการตัดคลิตอริส (clitoris) แต่ถ้ามะเร็งอยู่ใกล้อวัยวะดังกล่าว การผ่าตัดจะพิจารณาเป็นกรณีไป

วงจรการตอบสนองทางเพศในผู้หญิง

เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดความีผลกระทบต่อวงจรการตอบสนองทางเพศและทำให้เกิดความบกพร่องทางเพศได้อย่างไร จึงขออธิบายวงจรการตอบสนองทางเพศในสตรีตามแนวคิดของมาสเตอร์ แอนด์จอห์นสัน (Master & Johnson อ้างใน Alexander, La Rosa, & Bader, 2001) ซึ่งมี 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะตื่นตัวทางเพศ (excitement phase) ระยะนี้เป็นระยะที่เริ่มเกิดความรู้สึกทางเพศ ภายใน 30 วินาทีของการกระตุ้นทางเพศ จะมีน้ำหล่อลื่นออกตามผนังช่องคลอดเป็นเม็ดๆ คล้ายเหงื่อ ทำให้ช่องคลอดชื้นและไม่ฝืด มีการคั่งของเลือดดำทั่วร่างกาย และความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงและการคั่งของเลือดดำทำให้บริเวณคลิตอริสขยายตัวใหญ่และตั้งขึ้น แคมเล็กและแคมใหญ่จะบวมและแยกออกจากกัน ช่องคลอดจะขยายตัวพร้อมกับมดลูกยกสูงขึ้น ทำให้ 2 ใน 3 ส่วนบนของช่องคลอดเป็นโพรง หัวนมจะตั้งและขยายตัวพร้อมกับเต้านม ความรวดเร็วและปริมาณของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวขึ้นกับแต่ละบุคคล และวิธีการกระตุ้นทางเพศ

2. ระยะพลาโต (plateau phase) เป็นระยะที่การตื่นตัวทางเพศอยู่ในระดับสูงสุดจนใกล้จะถึงจุดสุดยอด การคั่งของเลือดดำจะถึงขีดสุด กล้ามเนื้อจะเกร็งมาก ผิวหนังจะเป็นจุดแดงๆ จากการคั่งของเลือดดำทั่วร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะเพศ แคมใหญ่จะบวมและเปลี่ยนสีตั้งแต่สีแดงจนถึงสีม่วงแดง คลิตอริสจะยกสูงขึ้นห่างออกไปจากปากช่องคลอด 1 ใน 3 และส่วนล่างของปากช่องคลอดจะหนาและแคบลง

ประมาณครึ่งหนึ่งของขนาดเดิมจึงช่วยรัดตึงคชาตได้ เป็นการกระตุ้นฝ่ายชายให้มีความรู้สึกมากขึ้น และมดลูกถูกยกสูงขึ้นไปจากฐานของเชิงกราน ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 30 วินาที ถึง 3 นาที

3. ระยะสุขสุดยอดทางเพศ (orgasmic phase) เป็นระยะที่มีความสุขมากที่สุด ซึ่งจะเด่นเร็วขึ้นเป็น 110-180 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจเร็วขึ้นถึง 40 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตก็สูงขึ้นด้วย จะมีการรัดตัวของช่องคลอดและกล้ามเนื้ออึ้นเย็บ (perineal muscles) เป็นระยะๆ ห่างกันครั้งละประมาณ 0.8 วินาที การหดรัดตัวมีตั้งแต่ 3-12 ครั้งแล้วก็จะหยุดไป

4. ระยะกลับคืน (resolution phase) เป็นระยะสุดท้ายของการตอบสนองทางเพศ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายโดยทั่วไปและที่อวัยวะเพศจะกลับสู่ปกติ เลือดจะไหลกลับออกไปจากอวัยวะเพศ และการคั่งของเลือดดำจะลดลง

การตอบสนองทางเพศในสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวชหลังได้รับการรักษาในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามตำแหน่งของโรค ระยะของโรค การแพร่กระจายของมะเร็ง และชนิดของการรักษา (Gamel, Hengeveld, & David, 2000) โดยภาวะสุขภาพทางเพศของสตรีนั้นจะสามารถฟื้นคืนสู่สภาพภายหลังการรักษาไปแล้ว 6 สัปดาห์ แต่ในด้านของความรู้สึกเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์สตรีจำนวนมากยังรู้สึกเครียดและกลัวว่าตนจะไม่สามารถกลับมาามีเพศสัมพันธ์ได้ดังเดิมเนื่องจากไม่มีมดลูกแสดงให้เห็นว่าการกลับสู่สภาพเดิมของร่างกายใน 6 สัปดาห์ไม่ได้บ่งบอกว่าวงจรการตอบสนองทางเพศจะกลับสู่สภาพปกติด้วย แต่ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ การเห็นคุณค่าในตนเองต่อคู่สมรส และการมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอจะเพิ่มขึ้นภายหลังการรักษา 6 เดือนขึ้นไป (Zegwaard et al. อ้างใน Gamel et al., 2000)



ผลกระทบจากการรักษาด้วยการผ่าตัด

การรักษาด้วยการผ่าตัดที่สตรีได้รับจะส่งผลกระทบต่อสรีรวิทยาของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในร่างกาย และผลกระทบต่อจิตใจของสตรีอันนำมาสู่ความบกพร่องทางเพศได้ดังนี้

1. ผลกระทบต่อสรีรวิทยาของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี จากการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดในสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวชนั้นเป็นการผ่าตัดเพื่อเอาอวัยวะที่เป็นมะเร็งและอวัยวะที่มะเร็งนั้นลุกลามไปถึงออก การผ่าตัดจึงกระทบต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงอวัยวะ ส่งผลต่อวงจรการมีเพศสัมพันธ์ (sexual response cycle) เนื่องจากวงจรของการมีเพศสัมพันธ์นั้นโดยปกติในระยะเล้าโลมจะมีเลือดมาคั่งที่บริเวณช่องเชิงกราน (Baram, 1996) แต่ภายหลังจากการผ่าตัดมดลูกระยะนี้จะมีการคั่งโลหิตในช่องเชิงกรานลดลง แต่การผ่าตัดมดลูกที่มีการผ่าตัดเอาปากมดลูกและช่องคลอดบางส่วนออกจะส่งผลต่อการเกิดความรู้สึกทางเพศหรือระยะตื่นตัว เนื่องจากระยะการตื่นตัวนี้จะมีการขยายตัวของช่องคลอดพร้อมกับยกมดลูกสูงขึ้นทำให้ช่องคลอดส่วนบน (2/3 ของช่องคลอด) เป็นโพรง (Baram, 1996) ภายหลังจากการผ่าตัดจึงไม่มีปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้น ส่วนในระยะที่มีความรู้สึกสุดยอดทางเพศจะมีการหดรัดตัวของช่องคลอดและกล้ามเนื้อเย็บ บางรายอาจรู้สึกความตึงตัวของอวัยวะสืบพันธุ์หลังได้รับการผ่าตัดจะไม่มีความรู้สึกเช่นนี้ (ฐิติพร อิงคदारวงศ์, 2541) นอกจากนั้นการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ร่วมกับการเลาะส่วนที่เป็นต่อมน้ำเหลืองและเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ จะกระทบต่อการทำลายของเส้นเลือดและเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นทางเพศ หลังการผ่าตัดจึงส่งผลให้ความรู้สึกทางเพศลดลง รวมไปถึงการผ่าตัดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกโดยเฉพาะการผ่าตัดที่มีการผ่าตัดเอาช่อง

คลอดและปมกระสันต์ออกด้วย เนื่องจากบริเวณปมกระสันต์เป็นบริเวณที่มีเส้นเลือดเส้นประสาทมาเลี้ยงเป็นจำนวนมาก และเป็นบริเวณหนึ่งที่ทำให้เกิดความตึงตัวของเส้นประสาทเมื่อมีการกระตุ้นภายหลังการผ่าตัดจึงส่งผลให้สตรีมีความต้องการทางเพศและการถึงจุดสุดยอดทางเพศน้อยลง และรอยแผลเป็นที่เกิดจากการผ่าตัดจะส่งผลให้สตรีมีอาการเจ็บขณะร่วมเพศด้วย (Bruner & Iwamoto, 1996)

2. ผลกระทบต่อการเปลี่ยนของฮอร์โมนเพศในร่างกาย รังไข่ทำหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนเพศที่สำคัญได้แก่ ฮอร์โมนเอสโตรเจน การผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้างออก ส่งผลให้สตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนก่อนกำหนด ทำให้เกิดกลุ่มอาการหรืออาการแสดงของการหมดประจำเดือนขั้นต้นที่และอาการมักรุนแรงกว่าการที่รังไข่เสื่อมเองตามธรรมชาติ โดยอาจปรากฏอาการช่องคลอดแห้ง ผันช่องคลอดหย่อน รอยย่นหายไป เยื่อเมือกช่องคลอดบาง ไกลโคเจน (glycogen) น้อยลงทำให้ช่องคลอดมีความเป็นด่างมากขึ้นเป็นผลให้เกิดการอักเสบง่าย สารหล่อลื่นบริเวณช่องคลอดลดลง ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บขณะร่วมเพศได้ (Baram, 1996) นอกจากนั้นผลจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนยังส่งผลในด้านจิตใจ โดยทำให้สตรีมีอาการแปรปรวนและหงุดหงิดง่าย โกรธง่าย เป็นต้น

3. ผลกระทบต่อจิตใจของสตรี โดยการผ่าตัดมดลูกและรังไข่จะส่งผลให้สตรีเกิดความรู้สึกกลัวและมีความวิตกกังวลต่อสภาพการเจ็บป่วยหลังผ่าตัดกลัวเสียภาพลักษณ์ สูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ สูญเสียภาวะการเจริญพันธุ์ (Bruner & Iwamoto, 1996) โดยเฉพาะในรายที่ยังไม่มีบุตรหรือมีบุตรแล้ว แต่ยังต้องการมีบุตรอีก บางรายอาจรู้สึกว่าได้สูญเสียความเป็นสตรีเพศไปแล้ว (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และสิวลีศิริไล, 2542) ปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของ



ภาพลักษณ์ เช่น การสูญเสียมดลูก การลดลงของขอบริเวณอวัยวะเพศ การมีรอยแผลเป็นที่เกิดจากการผ่าตัด เป็นต้น ผลกระทบเหล่านี้สามารถคงอยู่ถึง 2 ปีแรกหลังการรักษา (Zegwaard et al. อ้างใน Gamel et al., 2000) และบางครั้งอาจนานได้ถึง 7 ปีหลังการรักษา (Bos-Branolte อ้างใน Gamel et al., 2000) ส่งผลให้อัตมโนทัศน์ลดลง สูญเสียความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา และผลจากการรับรู้ที่ผิดๆ เกี่ยวกับมดลูกของสตรี เช่น การรับรู้ว่ามีมดลูกเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นสตรีเพศ และเป็นสิ่งสำคัญต่อการถึงจุดสุดยอดในขณะมีเพศสัมพันธ์ (Williamson, 1992) จึงส่งผลให้สตรีมีความต้องการทางเพศลดลงภายหลังการผ่าตัดมดลูก และไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ เกิดความกังวลในสัมพันธภาพกับคู่สมรสวิตกกังวลและเกิดความกลัวว่าสามีของตนจะไปมีความสัมพันธ์กับสตรีอื่น อีกทั้งอารมณ์แปรปรวนและหงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ที่เกิดเนื่องมาจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจนี้ล้วนแต่สร้างความไม่สุขสบายให้แก่สตรี และอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพกับคู่สมรสรวมไปถึงบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวได้

ความบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้นในสตรีหลังผ่าตัดไม่ว่าจะเป็นความต้องการทางเพศผิดปกติ การตื่นตัวทางเพศผิดปกติ การบรรลุจุดสุดยอดทางเพศผิดปกติ และความเจ็บปวดที่เกิดจากการร่วมเพศ อาจมีสาเหตุและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์เมื่ออายุมากขึ้น ร่วมกับการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ส่งผลให้ขนาดของช่องคลอดลดลง ผนังช่องคลอดบางลง ความยืดหยุ่นของผนังช่องคลอดลดลง แคมเล็กและแคมใหญ่บางลง ความไวต่อการกระตุ้นทางเพศของคลิตอริสลดลง ขนาดของคลิตอริสลดลง เต้านมเหี่ยวลง วงจรการตื่นตัวทางเพศใช้เวลานานมากขึ้น การสร้างสาร

หล่อลื่นใช้เวลานานซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้มีอาการเจ็บปวดขณะร่วมเพศได้ การถึงจุดสุดยอดทางเพศน้อยลง ต้องการการกระตุ้นเพื่อให้ถึงจุดสุดยอดทางเพศมากขึ้น (Baram, 1996)

2. ยาหรือสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางรวมทั้งศูนย์ควบคุมการทำงานทางเพศ ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง ทั้งความรู้สึกและการตอบสนองทางเพศ เช่น โคเคน เอโรอิน นิโคติน ผีนสุรา ยารักษาโรคจิต เป็นต้น

3. ภาวะการเจ็บป่วย ทั้งการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อจิตใจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล สูญเสียภาพลักษณ์ การสูญเสียภาวะเจริญพันธุ์จากการรักษาความรู้สึกผิด การสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ส่งผลทำให้ความต้องการทางเพศและการตอบสนองทางเพศลดลง (Nusbaum, Hamilton & Lenahan, 2003)

ความบกพร่องทางเพศหลังการรักษาด้วยการผ่าตัด

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association [APA], 2000) ได้จำแนกความบกพร่องทางเพศตามแนวการตอบสนองทางเพศของมาสเตอร์และจอห์นสัน (Master & Johnson) และแคปแลน (Kaplan) ซึ่งแบ่งการตอบสนองทางเพศเป็น 4 ระยะดังกล่าวข้างต้น และกล่าวว่าหากบุคคลมีความบกพร่องในการตอบสนองทางเพศในระยะใดระยะหนึ่งแสดงถึงการมีความบกพร่องทางเพศเกิดขึ้นโดยจำแนกชนิดของความบกพร่องทางเพศในสตรีออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการทางเพศผิดปกติ (sexual desire disorders) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีจินตนาการทางเพศและความต้องการที่จะมีกิจกรรมทางเพศน้อยผิดปกติหรือไม่มีเลย และทำให้เกิดความไม่สบายใจหรือมีปัญหาต่อสัมพันธภาพกับคู่ครอง ซึ่งผู้ป่วยอาจ



แสดงออกมาในรูปแบบต่างๆ เช่น มีเพศสัมพันธ์น้อยครั้ง มองว่าคู่อองไม่มีความน่าสนใจหรือพูดออกมาตรงๆ ว่าไม่มีความปรารถนาทางเพศ ผู้ป่วยมักใช้กลไกทางจิตชนิดยับยั้งความต้องการโดยอาจปรากฏออกมาในลักษณะของความเครียดเรื้อรัง ความวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้า เป็นต้น และพบว่าภายหลังการรักษาด้วยการตัดมดลูกและรังไข่ในระยะเวลา 6 ถึง 12 เดือนสตรีส่วนใหญ่มีความรู้สึกว่าการต้องการทางเพศของตนเองลดลง (อัญชลี ตาบุรี, ณวี เบาทรวง, และสุพิศ รุ่งเรืองศรี, 2543)

2. การตื่นตัวทางเพศผิดปกติ (sexual arousal disorders) หมายถึง ความผิดปกติในระยะมีอาการตื่นตัวทางเพศ ผู้หญิงที่มีความผิดปกติระยะนี้มักมีปัญหาเกี่ยวกับการบรรลุจุดสุดยอดทางเพศด้วยมาสเตอร์และจอห์นสันค้นพบว่าตามปกติผู้หญิงจะมีอารมณ์ทางเพศระยะก่อนมีประจำเดือน สาเหตุมักมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนหลายชนิด ได้แก่ ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ฮอร์โมนเอสโตรเจน ฮอร์โมนโปรแลคติน และฮอร์โมนไทรอกซิน รวมถึงยาบางชนิดที่มีฤทธิ์ต้านการหลังของสารหล่อลื่นในอวัยวะเพศ ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการตื่นตัวทางเพศได้

3. การบรรลุจุดสุดยอดทางเพศผิดปกติ (orgasmic disorders) หมายถึง การไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอดทางเพศได้แม้ว่าจะมีการตื่นตัวทางเพศปกติ โดยการถึงจุดสุดยอดทางเพศเกิดจากการกระตุ้นที่อวัยวะเพศและคลิตอริส ในสตรีที่มีการบรรลุจุดสุดยอดทางเพศผิดปกตินี้จะไม่มีความรู้สึกถึงจุดสุดยอดทางเพศหรืออาจมีแต่จะเกิดซ้ำ สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้สตรีมีการบรรลุจุดสุดยอดทางเพศผิดปกติ คือ กลัวการตั้งครรภ์ ไม่ได้รับความสนใจจากคู่ออง การบาดเจ็บที่อวัยวะเพศ ทำให้ไม่เป็นมิตรของผู้ชาย การตื่นตัวทางเพศผิดปกติ และการรู้สึกว่ามีความรู้สึกบรรลุจุดสุดยอดทางเพศเป็นการขาดการควบคุมอารมณ์หรือ

เหมือนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ความกลัวดังกล่าวแสดงออกโดยการยับยั้งความตื่นตัวทางเพศและการบรรลุจุดสุดยอดทางเพศ สตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวชหลังได้รับการรักษาพบว่ามีการไม่ถึงจุดสุดยอดทางเพศเนื่องจากช่องคลอดขาดสารหล่อลื่น และเมื่อเปรียบเทียบถึงชนิดของการผ่าตัด 2 ชนิดได้แก่ การผ่าตัดมดลูกพร้อมกับปากมดลูก และการผ่าตัดมดลูกที่มีการอนุรักษ์ปากมดลูกเอาไว้ ในทางทฤษฎีเชื่อว่าการผ่าตัดที่มีการอนุรักษ์ปากมดลูกเอาไว้ไม่รบกวนต่อกายวิภาคและเส้นประสาทบริเวณปากมดลูก จึงไม่ส่งผลลบต่อด้านความพึงพอใจทางเพศ แม้ว่าการศึกษาในปัจจุบันไม่ยืนยันชัดเจน อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและภาพลักษณ์ทางกายหลังผ่าตัดดีกว่า อาจเป็นเพราะรู้สึกว่ายังคงมีปากมดลูกเหลืออยู่ (ชัยเลิศ พงษ์นริศร, 2559)

4. ความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ (dyspareunia) เป็นอาการเจ็บปวดที่เกิดขณะมีเพศสัมพันธ์ อาการนี้มักมีความสัมพันธ์และพบร่วมกับการเกร็งตัวของอวัยวะเพศ (vaginismus) ร้อยละ 30 พบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะเพศของผู้หญิง ทั้งการผ่าตัดมดลูกชนิดเอาออกทั้งหมดและบางส่วน (Zobbe, Gimbel, Andersen, Filtenborg, Jakobsen, Soresen, & et al., 2004) และการผ่าตัดมดลูกพร้อมกับรังไข่ (อัญชลี ตาบุรี และคณะ, 2543) อาการเจ็บปวดที่เกิดจากการร่วมเพศส่งผลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางเพศ ซึ่งถ้าคู่อองไม่ใส่ใจ และยังคงมีเพศสัมพันธ์ด้วย อาการจะเป็นรุนแรงขึ้น (มาลี เผือกหอม, 2551)

นอกจากนั้นยังพบว่า สตรีให้ความสำคัญในด้านของภาพลักษณ์ และภายหลังผ่าตัดจึงพบความบกพร่องทางเพศเพิ่มขึ้น (มาลี เผือกหอม, 2551; Hawighorst-Knapstein, Fuschshoeller, Franz, Trautmann, Schmidt, Pilch, & et al., 2004) โดย



หลังจากการผ่าตัดแตรดติคอลในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีมีความบกพร่องทางเพศถึงร้อยละ 54.8 และปัญหานี้สามารถคงอยู่ได้ถึง 2 ปีแรกหลังการผ่าตัด(Butler-Manuel, Summerville, Ford, Blake, Riley, Sultan, & et al., 1999) นอกจากนี้เพศสัมพันธ์ยังเป็นเรื่องที่ซับซ้อน และอาจมีอีกหลากหลายปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม จิตใจ ความสัมพันธ์กับคู่นอน เป็นต้น (มาลีเผือกหอม, 2551)

การจัดการกับความบกพร่องทางเพศในสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวช

การจัดการความบกพร่องทางเพศ หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำด้วยวิธีการใดๆ ของสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวช เพื่อให้ความบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้นบรรเทาลงหรือหมดไป มีทั้งการจัดการด้วยตนเอง การปรึกษาบุคคลใกล้ชิด และการจัดการโดยบุคลากรทางการแพทย์จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการจัดการความบกพร่องทางเพศมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี ดังนี้

1. การจัดการความบกพร่องทางเพศด้านความต้องการทางเพศการจัดการความบกพร่องด้านความต้องการทางเพศนั้นต้องช่วยให้สตรีเกิดประสบการณ์ทางเพศในทางบวก จะทำให้สตรีมีความต้องการทางเพศเพิ่มขึ้น ได้แก่ การฝึกการสัมผัส (sensate focus exercise) การใช้อุปกรณ์กระตุ้นให้เกิดอารมณ์เพศ และฝึกการช่วยตัวเองพร้อมกับใช้อุปกรณ์ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศ เช่น หนังสือ วิดีทัศน์ เป็นต้น (Basson, Brotto, Laan, Redmond, & Utian, 2005) พยายามเบี่ยงเบนจากสิ่งที่ทำเป็นประจำ เช่น เคยมีเพศสัมพันธ์เฉพาะบนเตียง อาจเปลี่ยนแปลงไปมีเพศสัมพันธ์ในตำแหน่งอื่นๆ ของบ้านบ้าง เป็นต้น หรือการเปลี่ยนแปลงเวลาที่มี

เพศสัมพันธ์ เช่น เคยมีเพศสัมพันธ์เฉพาะเวลากลางคืน อาจมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอื่นของวัน เป็นต้น (Phillips, 2000) หรือการใช้ฮอร์โมนเทสโตสเตอโรนร่วมกับฮอร์โมนเอสโตรเจน (methyl testosterone combined with estrogen) จะช่วยให้การรับสัมผัสของปมคลิตอริสดีขึ้น ทำให้เกิดความต้องการทางเพศ (Shafer, 2002)

2. การจัดการความบกพร่องทางเพศด้านการตื่นตัวทางเพศสตรีที่มีความบกพร่องทางเพศด้านการตื่นตัวทางเพศ มักมีข้อจำกัดเกี่ยวกับสารหล่อลื่น และอาจเป็นผลจากการกระตุ้นทางเพศที่ไม่มากพอ การจัดการความบกพร่องทางเพศด้านการตื่นตัวทางเพศ อาจใช้เครื่องกระตุ้น อวัยวะเพศโดยตรงเพื่อช่วยให้เกิดความตื่นตัวทางเพศ (Basson, Brotto, Laan, Redmond, & Utian, 2005) หรือใช้สารหล่อลื่นทางช่องคลอดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เช่น น้ำ เจลลี่ เป็นต้น ในรายที่ช่องคลอดแห้ง การอาบน้ำอุ่นก่อนมีเพศสัมพันธ์ก็สามารถช่วยเพิ่มความตื่นตัวได้ (Shafer, 2002) นอกจากนี้การคลายความวิตกกังวล โดยใช้เทคนิคการคลายกังวล จะช่วยกระตุ้นให้ความตื่นตัวทางเพศดีขึ้น ระยะเวลาที่ใช้กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศอาจนานขึ้น ก่อนการร่วมเพศรายที่อวัยวะสืบพันธุ์มีการผ่อนคลาย การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอาจใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนทาช่องคลอด (estrogen-containing vaginal creams) (Basson, Brotto, Laan, Redmond, & Utian, 2005; Phillips, 2000; Shafer, 2002)

3. การจัดการความบกพร่องทางเพศด้านการบรรลุจุดสุดยอดทางเพศ การแก้ไขความผิดปกตินี้ต้องเน้นการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางเพศให้มากพอ จึงจะช่วยให้ช่วยแก้ปัญหาได้ และในสตรีบางรายที่ไม่เคยบรรลุจุดสุดยอดทางเพศเลย อาจมีสาเหตุมาจากภาวะจิตใจ การใช้ยา หรือภาวะโรคเรื้อรัง การจัดการความบกพร่องทางเพศด้านการบรรลุจุดสุดยอดทางเพศ



ได้แก่ การช่วยตนเองให้นานขึ้น (Basson, Brotto, Laan, Redmond, & Utian, 2005; Phillips, 2000) ใช้เครื่องสั่นสะเทือน หรือฝึกบริหารกล้ามเนื้อช่องคลอด (Kegel exercises) โดยการเกร็งกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน สลับกับการผ่อนคลายในระหว่างที่มีการตื่นตัวทางเพศ สูงสุด (Phillips, 2000; Shafer. 2002)

4. การจัดการความบกพร่องทางเพศด้าน ความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ ความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ หากเกิดที่บริเวณปากช่องคลอดอาจเนื่องจากการ ระคายเคืองหรือการเกร็งของปากช่องคลอด มัก สัมพันธ์กับความบกพร่องทางเพศด้านการตื่นตัวทาง เพศ (Phillips, 2000) การจัดการอาจใช้วิธีควบคุมการ ใส่ไส้วียวะเพศชายด้วยสตรีเอง หรือใช้ยาแก้ปวด หรือ อาบน้ำอุ่นก่อนมีเพศสัมพันธ์จะช่วยให้สตรีรู้สึกผ่อนคลาย หากเจ็บปวดที่ช่องคลอดอาจใช้วิธีเดียวกับการ เจ็บปวดบริเวณปากช่องคลอดร่วมกับการใช้สารหล่อ ลื่นระหว่างการร่วมเพศ หรืออาจใช้วิธีเปลี่ยนท่าทางใน การร่วมเพศ เช่น หากสตรีอยู่ด้านบน จะทำให้สตรี ควบคุมการสอดใส่ไส้วียวะเพศชาย ตลอดจนการ เคลื่อนไหวได้ เป็นต้น หากมีปัญหาช่องคลอดหดเกร็ง ต้องพยายามให้ช่องคลอดมีการขยายตัว โดยใช้อุปกรณ์ ขยายช่องคลอด เช่น นิ้วมือ หรือ หลอดฉีดยา เป็นต้น (Shafer, 2002)

การจัดการกับความบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้น ในสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวชหลังได้รับการรักษา ใน ประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน สตรีและคู่สมรส ส่วนมากจึงไม่ได้จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากไม่รู้ วิธีการ และส่วนหนึ่งจัดการกับปัญหาความบกพร่อง ทางเพศด้วยตนเอง และจากการได้รับคำแนะนำโดย เจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพ (อมรรัตน์ อำไพจิตร, มณี อาภา นันท์กุช และทัดทรง ปัญญาลักษณ์, 2555) สำหรับใน ต่างประเทศมีตัวอย่างการแก้ไขปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ภายหลังการผ่าตัดมดลูก รังไข่ จากกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกัน

และกันของสตรีในศูนย์สุขภาพในฟิลาเดลเฟียที่ ศศิธร ไชยประสิทธิ์ และคณะ (2539) ได้ทำการเรียบเรียงไว้ ดังนี้คือ

1. การเพิ่มความรู้สึกทางเพศของตนเองและคู่ นอนโดยการดูรูปภาพ ภาพยนตร์ การใช้ปากในการมี เพศสัมพันธ์ การนวด การตักแต่งแสงสีด้วยเทียนไข การเปลี่ยนสถานที่ หรือการเต้นรำ เป็นต้น

2. การมีเพศสัมพันธ์ในท่าที่ทำให้ไส้วียวะเพศ ชายเข้าไปลึกถึงปากมดลูก โดยวางเท้าสตรีอยู่บนไหล่ ชาย ใช้หมอนหนุนสะโพกของสตรีให้ยกสูงขึ้น และหรือ ชายอยู่ด้านบน เป็นต้น

3. การใช้น้ำมันมะพร้าวหรือสารช่วยหล่อ ลื่น

4. การใช้ปากหรือมือช่วยกระตุ้นไส้วียวะเพศ ส่วนคลิตอริส

5. การใช้นิ้วมือขยายช่องคลอดก่อนที่จะ สอดใส่ไส้วียวะเพศชาย เพื่อช่วยหล่อลื่น

6. การร่วมเพศอย่างช้าๆ และนาน

จะเห็นได้ว่าความบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้น ภายหลังจากการได้รับการผ่าตัดเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้อง ได้รับการประเมินเพื่อหาแนวทางการป้องกันและแก้ไข สิ่งสำคัญคือการให้ข้อมูลกับสตรีโดยสตรีควรได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดตั้งแต่ ก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดแต่ละวิธี (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และสิวลี ศรีไล, 2542) รวมทั้งวิธีการป้องกันและแก้ไข ความบกพร่องทางเพศที่อาจเกิดขึ้นได้

วิจารณ์

มะเร็งทางนรีเวชเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญและ เป็นโรคร้ายแรงที่คุกคามต่อชีวิต ซึ่งในปัจจุบันการ รักษาโรคมะเร็งทางนรีเวชมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี ในการ รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดนั้นแม้จะเป็นการนำเอาต้นตอ ของการเกิดรอยโรคออกไปและช่วยยับยั้งการ



แพร่กระจายของโรค แต่ผลกระทบจากการผ่าตัดก็สามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพของสตรีได้เช่นกัน โดยเฉพาะการผ่าตัดที่มีการนำเอารังไข่ทั้งสองข้างออกไปด้วยในสตรีที่อายุน้อยหรือยังไม่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะส่งผลให้ร่างกายขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างฉับพลัน ทำให้สตรีเกิดอาการของการหมดประจำเดือน เช่น อาการร้อนวูบวาบ สูญเสียการเจริญพันธุ์ ช่องคลอดฝ่อลีบ ปัญหาความบกพร่องทางเพศ เป็นต้น ความบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้นในสตรีหลังผ่าตัดได้แก่ ความต้องการทางเพศผิดปกติ การตื่นตัวทางเพศผิดปกติ การบรรลุจุดสุดยอดทางเพศผิดปกติ และความเจ็บปวดที่เกิดจากการร่วมเพศ โดยปัญหาเรื่องเพศที่เกิดขึ้น ส่งผลให้สตรีเกิดความเครียดซึมเศร้า วิตกกังวลกลัวว่าสามีจะไปมีความสัมพันธ์กับหญิงอื่น

นำไปสู่ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวตามมาได้ การแสวงหาแนวทางการจัดการความบกพร่องทางเพศ ทั้งนี้เพื่อความบกพร่องทางเพศที่เกิดขึ้นบรรเทาลงหรือหมดไป มีทั้งการจัดการด้วยตนเอง การปรึกษานักจิตวิทยา และการจัดการโดยบุคลากรทางการแพทย์บทความนี้จะนำเสนอข้อมูลต่างๆ เพื่อเป็นประโยชน์กับผู้อ่านทั้งตัวสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวช บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางสุขภาพได้เข้าใจและให้ความรู้หรือคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีกับสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวชหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อลดปัญหาความบกพร่องทางเพศที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จตุพล ศรีสมบุญและชำนาญ เกียรติพิรุณ. (2554). *มะเร็งนรีเวชวิทยา*. กรุงเทพฯ:ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ชัยเลิศ พงษ์นริศร. (16 กุมภาพันธ์ 2559). *ผ่าตัดมดลูก ใครว่าไม่ต้องคิดมาก?*. สืบค้นเมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2560 จาก <http://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-22>
- ฐิติพร อิงคภาวรงค์. (2541). *การพยาบาลมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี*. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, และสิวลี ศิริไล. (2542). ปัญหาด้านจิต-สังคมในผู้ป่วยโรคมะเร็งนรีเวช. ใน วสันต์ สีนะสมิต และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ), *ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 643-676). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก.
- มาลี เพือกหอม. (2551). *ฉันยังเป็นผู้หญิงอยู่หรือ? : อัปเดตลักษณะทางเพศภาวะ เพศวิถี และสุขภาพทางเพศของผู้หญิงไม่มีมดลูก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชาญ หล่อวิทยา. (2544). Principle of radiation oncology. ใน วิชาญ หล่อวิทยา, ไพรัช เทพมงคล, ประมุข พรหมรัตน์พงศ์, และชนวันัน เทศวิบูล (บรรณาธิการ), *Manual of radiation oncology* (หน้า 1-26). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิธร ไชยประสิทธิ์, และคณะ. (2539). ปัญหาสุขภาพและนรีเวชของผู้หญิงที่พบบ่อยและไม่บ่อย. ใน ศศิธร ไชยประสิทธิ์, และคณะ (บรรณาธิการ), *ร่างกายของเรา ตัวตนของเรา* (หน้า 566-567). เชียงใหม่: โครงการเครือข่ายเพื่อสุขภาพผู้หญิง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมรรัตน์ อ่ำไพจิตร, มณี อากานันท์กุล, และทัตทรง พุญญทลิ่งค์. (2555). ปัญหาสุขภาพทางเพศ การจัดการปัญหา และความต้องการความช่วยเหลือของสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกหลังได้รับการรักษาและคู่สมรส. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 18 (1), 43-57.



เอกสารอ้างอิง

- อัชชลิ ตาบุรี, ฉวี เบาทรวง, และสุพิศ รุ่งเรืองศรี. (2543). คุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่. *พยาบาลสาร*, 27 (4), 19-32.
- Alexander, L. L., La Rosa, J. H., & Bader, H. (2001). *New dimensions in women's health* (2nd ed.). Boston: Jones and Bartlett.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. (5th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baram, D. A. (1996). Sexuality and sexual function. In J. S. Berek, E. Y. Adashi, & P. A. Hillard (Eds.), *Novak's gynecology* (12th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Basson, R., Brotto, L. A., Laan, E., Redmond, G., & Utian, W. H. (2005). Assessment and management of Women's sexual dysfunctions: Problematic desire and arousal. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 291-300.
- Bruner, D. W., & Iwamoto, R. R. (1996). Altered sexual health. In S. L. Groenwald, F. M. Hansen, & M. Goodman (Eds.), *Cancer symptom management* (pp.523-551). Boston: Jones & Bartlett.
- Butler-Manuel, S. A., Summerville, K., Ford, A., Blake, P., Riley, A. J., Sultan, A. H., et al. (1998). Self-assessment of morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 19, 180-183.
- Duid, N., & Savage, W. (1999, July). *Hysterectomy*, Retrieved February 10, 2015, from <http://www.womenshealthlondon.org.uk/leaflets/hysterectomy/hystprint.html>.
- Gamel, C., Hengeveld, M., & David, B. (2000). Informational needs about the effects of gynaecological cancer on sexuality: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 678-688.
- Hawighorst-Knapstein, S., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H., et al. (2004). The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image- results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecologic Oncology*, 94, 398-403.
- National Cancer Institute. (2017). *Hospital-based cancer registry 2015*. Bangkok: National Cancer Institute.
- Nusbaum, M., Hamilton, C., & Lenahan, P. (2003). Chronic illness and sexual functioning. *American Family Physician*, 67, 347-354.
- Phillips, N. A. (2000). Female sexual dysfunction: Evaluation and treatment. *American Family Physician*, 26, 127-135.
- Shafer, L. (2002). Sexual dysfunction. In K. J. Carlson, & S. A. Eisenstat (Eds.), *Primary care of Women* (2nd ed., pp. 415-420). Philadelphia: Mosby.
- Williamson, M. L. (1992). Sexual adjustment after hysterectomy. *Journal of Obstetric Gynecology & Neonatal Nursing*, 21, 42-47.
- Zobbe, V., Gimbel, H., Andersen, B. M., Filtenborg, T., Jakobsen, K., Soresen, H. C., et al. (2004). Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 191-196.



คำแนะนำ



การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา พ.ศ.2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ จึงขอให้ยกเลิกคำแนะนำปี 2558 และใช้คำแนะนำนี้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้น ๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในบทความที่ส่งขอรับการตีพิมพ์อย่างน้อย 2 คนที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพสามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัยบทความวิชาการหรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษามีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อนยกเว้นเป็นผลงาน

วิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดยผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนดมิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ

2.1. กรณีส่งตามปกติอัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท/ 1 บทความ

2.2. กรณีส่งแบบเร่งด่วน (Fast track) อัตราค่าธรรมเนียม 5,000 บาท/ 1 บทความ



โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยโอนเงินมาที่ บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พะเยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี(งานวารสาร)

3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยมีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้ง ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

3.2. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)

3.3. ชื่อ-สกุลและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.4. คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.5. บทนำเป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัยเขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

3.6. วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

3.7. ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

3.8. ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

3.9. อภิปรายผลเป็นการแปลความหมายของผลการวิจัยและอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไรทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุน

ด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10. ข้อเสนอแนะในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคตทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

3.11. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปีมีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจนควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูลและบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้ง ภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้พิมพ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ(Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่าง ๆ มาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้



4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8 เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำความเข้าใจสำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของAPAปี ค.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษาจากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

5.1 หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Health.

5.2 วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เพชฌัญญู กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index:E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนื่องเฉลิม. (2549). วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรม ท้องถิ่นการบูรณาการ ความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน:กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน ฉลาด จันทร์สมบัติ (บรรณาธิการ), *ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี2548 – 2549* (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก <http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>



Wollman, N. (1999, November 12).

Influencing attitudes and behaviors for social change.

Retrieved July 6, 2005, from

<http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

6. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่าง ๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่าง ๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. การตั้งค่าน้ำกระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ Angsana New ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

8. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท

9. การส่งต้นฉบับให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) ไปที่เว็บไซต์ของวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสารและดำเนินการส่งบทความผ่านระบบ

ออนไลน์ของ TCI ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้นิพนธ์ที่เมนูด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอนั้น

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการข้อ 8. วารสารมีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับคือฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายนฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล
การสาธารณสุขและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000
โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114
โทรสาร 0-5443-1889
มือถือ 06-1289-5926
E-mail : journal@bcnpy.ac.th

