



สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษา สุขภาวะทางเพศและ คุณภาพชีวิตของบุรุษที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังการรักษาและคู่สมรส

อัญชัญ วัฒนะพันธ์ศักดิ์ พย.ม.*

ธีราภรณ์ จันทรดา PhD**

บัวหลวง ลำแดงฤทธิ์ PhD**

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษา สุขภาวะทางเพศ และคุณภาพชีวิตของบุรุษที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ และทวารหนักหลังการรักษาและคู่สมรส จำนวน 55 คู่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 67.3) มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษามีปัญหาทางเพศอยู่ในระดับน้อย คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและคู่สมรสอยู่ในระดับกลาง (ร้อยละ 78.2) จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษา ($r = .651, p < .001$) กับสุขภาวะทางเพศ ($r = .371, p < .01$) มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ($r = -.603, p > .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษากับสุขภาวะทางเพศหลังการรักษามีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผู้ป่วย $r = -.337, p < .05$; คู่สมรส $r = -.287, p < .05$) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษากับคุณภาพชีวิตหลังการรักษามีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ผู้ป่วย $r = .466, p < .001$; คู่สมรส $r = .282, p < .05$) และ สุขภาวะทางเพศกับคุณภาพชีวิตหลังการรักษา ($r = -.682, p < .001$) มีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในคู่สมรส ($r = -.058, p > .05$) ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทีมสุขภาพเกิดความเข้าใจและทราบถึงปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษา สุขภาวะทางเพศ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในเพศชาย สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนในการให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมมีประสิทธิภาพและพัฒนาระบบการช่วยเหลือที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและคู่สมรสเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างใกล้เคียงภาวะปกติ

คำสำคัญ: สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สุขภาวะทางเพศ คุณภาพชีวิต มะเร็งในเพศชาย

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** อาจารย์พยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาของทุกประเทศทั่วโลก และในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 11 ล้านคนและเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปีละประมาณ 7 ล้านคน¹ ประเทศไทยเองในปีพ.ศ. 2553 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งเพศชายรายใหม่ 31,582 คน คิดเป็น 127.7 ต่อ 100,000 ในชาย² และพบว่าอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษานั้นมีสูงขึ้นและยาวนานขึ้นด้วย เนื่องจากวิวัฒนาการด้านการวินิจฉัยและรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีวิธีการหลากหลาย³ จึงทำให้ผู้ป่วยมะเร็งจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะการดำเนินชีวิตที่ปกติหลังรับการรักษา รวมถึงเรื่องสุขภาวะทางเพศด้วยเพราะเรื่องเพศนั้นเป็นส่วนหนึ่งของมนุษย์ตลอดทั้งชีวิต⁴ เป็นเครื่องแสดงควมมีคุณค่าและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อคู่สมรส⁵ ดังนั้นการถูกปฏิเสธจากคู่สมรสในเรื่องนี้จึงสร้างความเครียดให้แก่ผู้ป่วยด้วย^{6,7} มะเร็งในเพศชายที่มีผลกระทบต่อนเพศวิถีและคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและคู่สมรสโดยตรงในคนไทย คือ มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และมะเร็งลำไส้และทวารหนัก⁸ พบเป็นอันดับที่ 2, 3 และ 10 ตามลำดับ⁹ ในส่วนของการรักษาโรคมะเร็งทั้งสามชนิดนั้น มีหลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัด การฉายแสง การฝังแร่ และการให้ยาเคมีบำบัด โดยในแต่ละส่วนของการรักษานอกจากจะมีผลกระทบด้านกายภาพและจิตใจ^{10,11} ยังส่งผลกระทบต่อเพศวิถีในด้านการสูญเสียการตอบสนองทางเพศ (sexual dysfunction) การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction) ความผิดปกติของการหลั่ง (ejaculation dysfunction) ความผิดปกติของการสำเร็จความใคร่ (orgasm dysfunction) และความผิดปกติของการสนใจเรื่องเพศ (disorder of sexual interest)¹² และอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคู่สมรส^{11,21} ผู้ป่วยกลุ่มนี้ภายหลังการรักษาจะมีอัตราการอยู่รอดชีวิตสูงทำให้ต้องมีการปรับตัวเพื่อให้

มีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังในระยะยาว ดังนั้นการปรับตัวที่ดีจึงมีความจำเป็นต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสุขภาวะทางเพศยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเติมเต็มชีวิตของบุคคลให้สมบูรณ์และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{4,14,20}

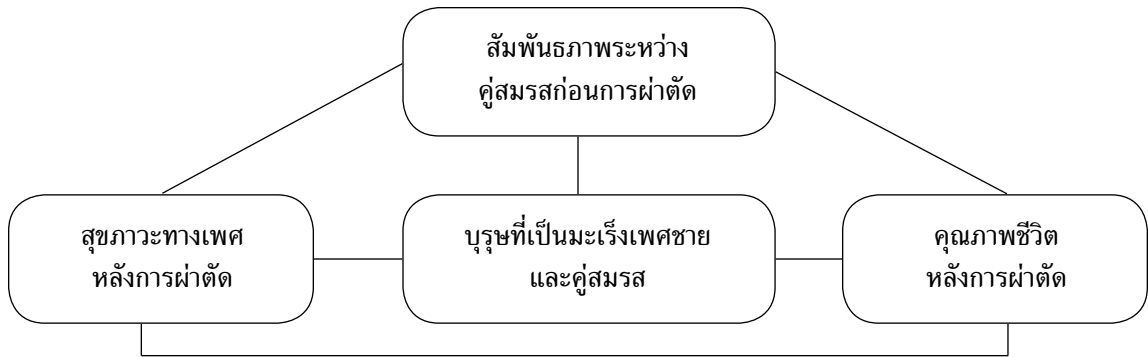
ในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านเพศสัมพันธ์ในบุรุษที่เป็นมะเร็งอาจเนื่องจากประเพณีและวัฒนธรรมไทย และการปลูกฝังจากสังคมว่าไม่ควรกล่าวถึงความต้องการทางเพศโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วย¹³ ซึ่งแท้จริงแล้ว ความต้องการทางเพศเป็นการแสดงถึงความต้องการด้านร่างกายและด้านจิตใจที่ถือว่าเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตอย่างหนึ่ง^{15,16} ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสัมพันธ์ภาวะระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษาสุขภาวะทางเพศและคุณภาพชีวิตของบุรุษที่เป็นมะเร็งและคู่สมรสหลังรับการรักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้ทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญและนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ครอบคลุมเหมาะสมและส่งผลให้ผู้ป่วยและคู่สมรสมีสุขภาวะทางเพศที่ดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ของสัมพันธ์ภาวะระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษาสุขภาวะทางเพศและคุณภาพชีวิตของบุรุษที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังการรักษาและคู่สมรส

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเรื่องสุขภาวะทางเพศ ขององค์การอนามัยโลก¹⁷ ร่วมกับแนวคิดความบกพร่องทางเพศของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน¹⁸ และร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษา^{19,20,22,26}



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้ (Cross-section study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเพศชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังการรักษาและคู่สมรสซึ่งมีคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยมะเร็งเพศชายและได้รับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 3 เดือนและคู่สมรส จำนวน 55 คู่ ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกทางศัลยกรรมของโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ คือ 1) ผู้ป่วยเพศชายที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อยู่ในระยะไม่น้อยกว่า 3 เดือนและไม่เกิน 5 ปี อายุตั้งแต่ 20-60 ปี ไม่มีข้อห้ามในการมีเพศสัมพันธ์ มีสถานภาพสมรสคู่และเคยมีเพศสัมพันธ์หลังได้รับการรักษาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) คู่สมรส เป็นหญิงที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยากับผู้ป่วย ไม่เป็นโรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์หรือปัญหาเกี่ยวกับสมรรถนะทางเพศ 3) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 4) รวมทั้งยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุด โดยแยกกันระหว่างของผู้ป่วยกับคู่สมรส ซึ่งแต่ละชุดประกอบด้วย 4 ส่วน โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 นั้น ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเองในส่วน of ข้อมูลส่วนบุคคลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยร่วมกับกร

ถามข้อมูลจากตัวผู้ป่วยและคู่สมรส ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 ผู้วิจัยถามทั้งตัวผู้ป่วยและคู่สมรส ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โรคและการรักษา สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ข้อมูลภาวะสุขภาพจำนวน 5 ข้อ ข้อมูลความต้องการความช่วยเหลือ 7 ข้อ และข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 22 ข้อ 2) แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส (Dyadic Adjustment Scale) ของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา²² จำนวน 28 ข้อ มาประยุกต์ใช้แปลผล โดยรวมเป็นการหาคะแนนเฉลี่ย มีค่าตั้งแต่ 0-5 คะแนน แปลผลดังนี้ 0-1.99 คะแนน หมายถึง ผู้ตอบมีสัมพันธภาพกับคู่สมรสไม่ดี 2-2.99 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพกับคู่สมรสค่อนข้างไม่ดี 3-3.99 หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างดี และ 4-5 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพกับคู่สมรสดี 3) แบบสอบถามสภาวะทางเพศหลังได้รับการรักษา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความบกพร่องทางเพศในสตรีที่เป็นมะเร็งนรีเวชของประวีดา คำแดง โดยดัดแปลงประเด็นระบุเรื่องโรคให้ตรงกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจสังคม และด้านสัมพันธภาพความรัก จำนวน 38 ข้อ การวัดคะแนนและแปลผลใช้เกณฑ์มาตรฐานทางสถิติในการแบ่งกลุ่มคะแนน โดยคะแนนสูง แสดงว่า สภาวะทางเพศไม่ดีหรือมีปัญหา มาก คะแนนต่ำ แสดงว่า สภาวะทางเพศดีหรือมีปัญหา น้อย 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือ



วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF) ซึ่งสุวัฒน์หัตถินรัตน์กุล และคณะ²³ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91 ประกอบด้วยคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบจำนวน 26 ข้อ วัดเป็นคะแนน ซึ่งคะแนนสูงแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี คะแนนต่ำแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ 1) การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Validity) ผู้ทำวิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index [CVI]) เท่ากับ 0.90 2) การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้ทำวิจัยนำแบบสอบถามใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 คู่ และคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ดังนี้ แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษาเท่ากับ 0.86 และคู่สมรสเท่ากับ 0.91 แบบสอบถามสุขภาวะทางเพศ เท่ากับ 0.90 และคู่สมรสเท่ากับ 0.78 แบบวัดคุณภาพชีวิตหลังการรักษา เท่ากับ 0.93 และคู่สมรสเท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเสนอโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดลพบุรี โรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดชลบุรี และโรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการในแต่ละโรงพยาบาลให้สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้ จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการทำวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือการไม่เข้าร่วม และการออกจากวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลจากทีมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละด้าน ด้วยสถิติวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและคู่สมรส จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 36-60 ปี มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 83.6 โดยผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 53.4 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.9 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.7 มีรายได้ระหว่าง 10,000-30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.3 ชนิดของมะเร็งที่ผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่เป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ร้อยละ 52.7 มะเร็งต่อมลูกหมาก ร้อยละ 25.5 และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 21.8 โดยแบ่งเป็นในระยะที่ 2 ร้อยละ 45.5 ระยะที่ 3 ร้อยละ 43.1 และระยะที่ 4 ร้อยละ 10.9 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัดและรังสีรักษา ร้อยละ 40 ใช้การรักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด ร้อยละ 36 และใช้วิธีการผ่าตัดรักษาเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 16.0 ให้ยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 7.2 โดยได้รับการรักษามาแล้วไม่เกิน 1 ปี ร้อยละ 40 รักษามาแล้ว 1-2 ปี ร้อยละ 40 และรักษามาแล้ว 3-4 ปี ร้อยละ 14.5 และรักษามาแล้ว 4-5 ปี ร้อยละ 5.5 คู่สมรสมีอายุระหว่าง 36-70 ปี โดยการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 49.1 มีอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 36.4 มีรายได้ระหว่าง 10,000 - 30,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 49.1 ระยะเวลาของการสมรสมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 61.8

2. ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

2.1 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษาของผู้ป่วยและคู่สมรส พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษาโดยรวมเฉลี่ย 3.2 (SD = 0.4) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน หมายถึง มีระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างดี (ร้อยละ 67.3) และในคู่สมรสมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษาโดยรวมเฉลี่ย 3.5 (SD = 0.5) มีระดับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดี (ร้อยละ 60.4)

2.2 ข้อมูลสุขภาวะทางเพศ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาวะทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 69.1) ($\bar{X}$ = 1.3, SD = 0.4) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ



30.9) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพทางเพศระดับมากในด้านร่างกายที่เป็นการตื่นตัวทางเพศ ร้อยละ 9.1 ความต้องการทางเพศ และด้านการบรรลุจุดสุดยอด ร้อยละ 5.5 เท่ากัน ในคู่สมรส พบว่า คู่สมรสมีปัญหาสุขภาพทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 54.5) ($\bar{X}=2.4$, $SD = 0.5$) ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45.5) โดยพบว่าในรายด้านปัญหาสุขภาพทางเพศระดับมากในด้านร่างกายที่เป็นการบรรลุจุดสุดยอด (ร้อยละ 5.5)

2.3 ข้อมูลคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม 88.5 ($SD = 12.5$) จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 27.3) คู่สมรสมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 88.3 ($SD = 10.9$) คู่สมรสมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.2) และที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 21.8)

3. ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส สุขภาวะทางเพศและคุณภาพชีวิต พบว่า สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษาของผู้ป่วยและคู่สมรสมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .65$, $p < .001$) สุขภาวะทางเพศโดยรวมของผู้ป่วย และของคู่สมรส มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37$, $p < .01$) และในส่วนของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยและของคู่สมรสนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.05$, $p > .05$)

ส่วนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษา กับสุขภาพทางเพศโดยรวมของบุรุษที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังการรักษามีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.33$, $p < .05$) และในคู่สมรสมีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.28$, $p < .05$) สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษาของบุรุษที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังการรักษากับคุณภาพชีวิตโดยรวม มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46$, $p < .001$) และคู่สมรส พบว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28$, $p < .05$)

สุขภาพทางเพศโดยรวมกับคุณภาพชีวิตของบุรุษที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังการรักษามีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.68$, $p < .001$) ในคู่สมรส พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.05$, $p > .05$)

การอภิปรายผล

1. ข้อมูลสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษา ทั้งกลุ่มผู้ป่วยและคู่สมรสมีสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสค่อนข้างดี โดยส่วนใหญ่มักจะเห็นพ้องกันเสมอโดยคู่สมรสจะเป็นฝ่ายเห็นตามสามี ซึ่งตรงกับค่านิยมสังคมไทยที่ภรรยาจะเป็นฝ่ายเห็นตามสามีในเกือบทุกเรื่อง ต้องคอยปรนนิบัติรับใช้สามีให้เกิดความพึงพอใจ²⁴ นอกจากนี้ผู้วิจัยมองวาระยะเวลาที่สมรสที่ยาวนานก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสโดยสัมพันธ์ภาพในคู่สมรสที่ดีจะมีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะด้านร่างกาย (physical condition) ความร่วมมือ (compliance) ความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาของบูเมอร์²⁶ ที่ว่าการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีของคู่สมรสนั้นจะเป็นแรงยึดเหนี่ยวและสนับสนุนให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตสมรสซึ่งสามารถสะท้อนให้เป็นถึงคุณภาพชีวิตของชีวิตสมรสด้วย

2. ข้อมูลสุขภาพทางเพศ ปัญหาสุขภาพทางเพศโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 69.1) ซึ่งใกล้เคียงกับของคู่สมรส (ร้อยละ 54.5) สอดคล้องกับงานวิจัยของโดรฟี และคณะ²⁷ ที่พบว่า ผลจากการรักษามะเร็งจะรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยเฉพาะเรื่องเพศ การคงไว้ซึ่งสภาพปกติของเรื่องเพศสัมพันธ์ เป็นเรื่องที่ผู้ป่วยวิตกกังวล มาก ซึ่งอาจแตกต่างจากคนไทย เนื่องจากความแตกต่างด้านประเพณี วัฒนธรรม การเลี้ยงดูที่จะยอมรับและเปิดเผยด้านความต้องการทางเพศ และสังคมก็มักจะมีความเชื่อว่า บุคคลที่เจ็บป่วยในเรื่องของความต้องการทางเพศว่า มักไม่ควรมี¹³ ซึ่งแท้จริงแล้วความต้องการทางเพศเป็นการแสดงถึงความต้องการด้านร่างกายและด้านจิตใจอย่างหนึ่งที่ถือว่าไม่ผิดปกติ



3. ข้อมูลคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยหลังการรักษามีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.7) และคู่สมรสมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.2) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มะเร็งมีผลต่อคุณภาพชีวิตในหลายๆด้านไม่ว่าจะด้านร่างกาย สังคม และจิตใจ รวมถึงในส่วนของ การรักษาโรคมะเร็ง²⁸ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยและคู่สมรสอย่างมาก ก่อให้เกิดปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าโศกเสียใจ ตลอดจนความโกรธ ความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ความไม่แน่นอน ความสิ้นหวัง เป็นต้น^{29,30} ซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคู่สมรส^{31,32}

4. ความสัมพันธ์ของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส และคุณภาพชีวิตของบุรุษที่เป็นมะเร็งและคู่สมรส

4.1 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของผู้ป่วยและคู่สมรสมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสนั้นเป็นความสัมพันธ์ที่มีความผูกพันกันมากเมื่อเทียบกับความสัมพันธ์แบบอื่น เนื่องจากสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสนั้นเกิดจากสามีและภรรยาที่มีความพร้อม ความเต็มใจ ความรัก และให้ความสัมพันธ์กับอีกฝ่าย จนกระทั่งพร้อมที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน³³ ในผู้ป่วยมะเร็งเพศชายหลังการรักษาจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การที่คู่สมรสเข้าใจในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปส่วนหนึ่งเกิดจากสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษาที่ดีของทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาของฮอร์ดกินสัน และคณะ³⁴

4.2 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเพศชายหลังการรักษากับสุขภาวะทางเพศมีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งคล้ายกับของคู่สมรสแม้ว่าก่อนการรักษาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสดี มีความเห็นพ้องสอดคล้องกัน รักใคร่ผูกพันกันดี ภายหลังการรักษาอาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาวะทางเพศได้ และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า เมื่อมีเพศสัมพันธ์แล้วสามีเกิดเจ็บ

แผลผ่าตัดคู่สมรสจะงดหรือหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากไม่อยากเห็นสามีเจ็บปวด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการสมรสยาวนานมากกว่า 20 ปีเป็นส่วนใหญ่ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันก่อนการเจ็บป่วย ภายหลังการเจ็บป่วยเมื่อมีปัญหาทางเพศจะมีการพูดคุยกัน และใช้วิธีการให้กำลังใจ โอบกอดกันทดแทนการมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องงานวิจัยของนูล³⁵

4.3 สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษาของผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและคู่สมรสมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสดี ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตดีตามไปด้วยเพราะทั้งสองตัวแปรมีความเกี่ยวโยงกันในเรื่องของจิตใจ และอารมณ์^{25,36} และจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า คู่สมรสต้องการได้รับความช่วยเหลือในด้านของการประคับประคองจิตใจ และอารมณ์ ทำให้เห็นว่าเมื่อสุขภาพกายและใจของผู้ป่วยไม่ถูกคุกคามหรือเปลี่ยนแปลง จะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและคู่สมรสดีตามไปด้วย นอกจากนี้สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ยังมีผลต่อความต้องการทางเพศสัมพันธ์ด้วย เนื่องจากเป็นเรื่องเพศเป็นปัจจัยส่งเสริมด้านอารมณ์อย่างหนึ่ง และยังเป็นตัวกลางในการช่วยลดความวิตกกังวล³⁷

4.4 สุขภาวะทางเพศของผู้ป่วยกับสุขภาวะทางเพศของคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยและคู่สมรสมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางเพศเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า เมื่อผู้ป่วยต้องการมีเพศสัมพันธ์ภรรยาจะไม่ปฏิเสธความต้องการนั้น ซึ่งส่วนใหญ่คู่สมรสบอกว่าถึงแม้ตนเองมีความต้องการหากได้รับการปฏิเสธจากสามี ก็มิได้ทำให้เกิดปัญหาสุขภาวะทางเพศหรือสัมพันธ์ภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ลดลง สอดคล้องกับของนิลรัตน์ วัชรวิชาติ²⁴

4.5 สุขภาวะทางเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการรักษามีความสัมพันธ์กันทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เรื่องของสุขภาวะทางเพศของผู้ชายนั้นเป็นเรื่องที่ผู้ชายให้ความสำคัญแต่ไม่สามารถที่จะเปิดเผยพูดคุยกับใครในวงกว้างได้ ด้วยข้อจำกัดทางสังคมไทย ที่มองเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูดถึงทั้งในยามที่ปกติ



หรือว่าเจ็บป่วย บางรายใช้เรื่องเพศแสดงถึงความมีคุณค่า และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยที่มีต่อคู่สมรส หากต้องสูญเสียความเป็นชายชาติวีรภาพลักษณะของตนเองเปลี่ยนไปย่อมทำให้เกิดความไม่มั่นใจ²⁴ ส่งผลต่อการไม่ตอบสนองความต้องการทางเพศ ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศลดลง จึงเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญและยังส่งผลกระทบต่อคู่สมรส²⁵

4.6 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของคู่สมรสไม่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีรูเปิดทวารเทียมทางหน้าท้อง จะประสบกับปัญหาเรื่องภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกว่าตนเองต้องประสบกับปัญหาทางด้านร่างกายและความเป็นเพศชายเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลและก่อให้เกิดการขาดความมั่นใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการปฏิบัติงานต่าง ๆ³⁴ ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้มองเรื่องระดับคุณภาพชีวิตของตนเองไม่ดี ในขณะที่คุณภาพชีวิตของคู่สมรสไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ยังสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่ได้อยู่ในภาวะต้องพึ่งพาคู่สมรส ทำให้คู่สมรสยังมีเวลาส่วนตัวและไม่ได้สูญเสียอิสรภาพในการดำรงชีวิตไป²⁷ ทำให้คุณภาพชีวิตของคู่สมรสไม่เปลี่ยนแปลง ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยและคู่สมรสไม่สัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางเพศของผู้ป่วยมะเร็งเพศชายและคู่สมรส เช่น ความรู้ ทัศนคติเรื่องเพศ โรคประจำตัว หรือพฤติกรรมทางเพศก่อนการเจ็บป่วย
2. ควรมีการศึกษารูปแบบการให้ช่วยเหลือให้คำปรึกษา การแก้ไขปัญห สุขภาวะทางเพศสำหรับบุรุษที่เป็นมะเร็งเพศชายและคู่สมรส เพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
3. เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง จึงควรมีการศึกษาระยะยาวในครั้งต่อไป เพื่อติดตามสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส สุขภาวะทางเพศ และคุณภาพชีวิต เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปฏิบัติการ

พยาบาลหรือแนวทางให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและคู่สมรส ในระยะของการเจ็บป่วย

ข้อจำกัดการวิจัย

1. ข้อคำถามในการวิจัยครั้งนี้ในเรื่องของสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสและสุขภาวะทางเพศนั้นเป็นคำถามที่มีความละเอียดอ่อนต่อความรู้สึก เป็นเรื่องเฉพาะรายบุคคลอีกทั้งจากประเพณีและวัฒนธรรมไทย ตลอดจนการเลื่องลือ ที่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลตามจริง แก้ไขโดยสร้างสัมพันธ์ภาพและใช้คำถามปลายเปิดแทน
2. การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมีปัจจัยการเจ็บป่วยระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรักษาที่แตกต่างกัน ปัจจัยเหล่านี้จึงอาจมีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางเพศและคุณภาพชีวิตด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณทุนสนับสนุนทุนวิจัยบางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้เกี่ยวข้องในทุกสถานที่เก็บข้อมูลที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่ให้การสนับสนุนจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จลงไปได้ด้วยดี

References

1. World health organization: Cancer in the world [Internet]. 2008 [cited 2011 April]. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer/en/index.html
2. National Cancer Institute. Cancer statistics 2011. Bangkok: The Agricultural Co-operation Federation of Thailand; 2012.
3. American Cancer Society [Internet]. New York: Bladder Cancer Overview. 2011 [cited 2011 Aug 10]. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/bladdercancer/overviewguide/bladder-cancer-overview-key-statistics>.



4. Maslow AH. Introduction to Psychology. 1962. [cited 2012 June 26]. Available from: <http://www.kminbxxmie8.com>
5. Bretchneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80-to-102-year-olds. *Archives of sexual behavior* 1988; 17(2): 109-129.
6. Sermpanit N. Sexual health problem in ageing 2545; (3): 43-45.
7. Intili H. Impotence and perceived partner support. *Urologic Nursing* 1998; 18(4): 279-287.
8. Lerngwanagat S. Texts healthy males. Bangkok: Beyond N. Terry Price, Branch Co.; 2546.
9. National Cancer Institute. Cancer statistics 2012. Bangkok: The Agricultural Co-operation Federation of Thailand; 2013.
10. Moore KN, Estey A. The early post-operative concerns of men after radical prostatectomy. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29: 1121-1129.
11. Hawkins, Ussher, Gillbert, Perz, Dasdoval, Sundquist. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer Nurs* 2009; 32(4): 271-80.
12. Derogatis L, Kourlesis SM. Woman's contributions to men's sexual dysfunction. *Medical Aspects of Human Sexuality* 1981; 15: 76-86.
13. Pichaya P. Relationships between selected factors and sexual behavior of ageing males after prostatectomy [Master. Nursing Science]. Bangkok: Chulalongkorn; 2547.
14. Glaser AW, Fraser LK, Corner J. Patient report outcomes of cancer survivors in England 1-5 year after diagnosis: a cross sectional survey. *BMJ* 2013; 10: 3(4).
15. Lue TF. Impotence after prostatectomy. *Urology Clinical North America* 1990; 17(3): 613-620.
16. Harthorn IC, Byer VL. Impact of epilepsy on quality of life. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 24(1): 24-29.
17. World Health Organization: definition of sexual health [Internet]. 2002 [cited 2012 July 17]. Available from: http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECE5/definition_4.html
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2000.
19. Sungkhawasi K. Cancer survivors. *Simplified gynecologic oncology* 2541; (241-246). Bangkok.
20. Hardt J, Filipas D, Hoh enfellner R, Egle UT. Quality of life after radical cystectomy for bladder cancer in patient with ileal conduit or knockpouch. *Journal Urology* 2000; 162(1): 77-81.
21. Spanier GB, Thompson L. A confirmatory analysis of dyadic adjustment scale. *Journal of marriage and the family* 1982; 44: 731-738.
22. Kasemkitwatana S. A Causal model of caregiver role stress among wives of chronically ill patients. [Dissertation of nursing]. Bangkok: Mahidol University; 1993.
23. Mahutnirungool S, Tuntipiwattanasagool W, Poompaisalchi W, Woongsuwan K, Phoommanajirungool R. World Health Organization Quality of Life assessment: WHOQOL-BREF-THAI. Changmai: Soonpung hospital; 1987.
24. Vatcharapichart N. Woman's role as the caregiver of chronic illness patient in the family [dissertation of arts]. Bangkok, Mahidol university; 2543.
25. Drabe N, Wittmann L, Zwahlen D, Büchi S, Jenewein J. Changes in close relationships between cancer patients and their partners. Zurich: John Wiley & Sons Ltd; 2012.
26. Boehmer U, Clark JA. Married couples, perspectives on prostate cancer diagnosis and treatment decision-making. *Psycho-Oncology* 2001; 10: 147-155.
27. Droupy S, Al Said B, Lechevallier E, Colson MH, Giuliano F. Sexuality and prostate cancer. *Prog Urol* 2013; 23(9): 696-711.



28. Ey S, Compas BE, Epping-jornan JE, Worshan N. Stress responses and psychological adjustment in patients with an cancer and their spouses. Journal of Psychosocial Oncology 1998; 16(2): 59-77.
29. Francoeur RB. Reformulating financial problems and interventions to improve psychosocial and functional outcomes in cancer patients and their families. Journal of Psychosocial Oncology 2001; 19(1): 1-17.
30. Hounshell J, Tomori C, Newlin R, Knox K, Rundhaugen L, Tallman M, Bennett C. Changes in finances, insurance, employment, and lifestyle among persons diagnosed with hairy cell leukemia. The Oncologist 2001; 6(5): 435-40.
31. Katz A. Breaking the silence on cancer and sexuality: handbook for healthcare providers. Leonard Mafrica, MBA, CAE; 2007.
32. Kikuchi E, Horiguchi Y, Nakashima J, Origashi T. Assessment of long term quality of life using the FACT- BL questionnaire in patients with an ileal conduit, continent reservoir and orthopedic-neobladder. Japan journal clinical oncology 2006; 36(11): 707-717.
33. Hayman, Amanda ALH. Health related quality of life in colon and rectal disease. Northwestern university; 2011
34. Hodgkinson K, Butow P, Hunt GE. Life after cancer: couples and partner psychological adjustment and supportive care needs. Support care centre 2007; 15: 401-15.
35. Knoll N. Relationship satisfaction and erectile functions in Men Receiving Laparoscopic Radical Prostatectomy: effect of provision and receives of spousal social support; 2002.
36. Friedman MM, King BK. The relationship of emotional and tangible support to psychological well-being among older woman with heart failure. Research in Nursing and Health 1994; 17: 433-440.
37. Bretchneider JG, McCoy NL. Sexual interest and behavior in healthy 80-to-102-year-olds. Archives of sexual behavior 1988; 17(2): 109-129.

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนของสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สุขภาวะทางเพศ ก่อนการรักษารวม (n=55) และคู่สมรส (n=55)

รายการ	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับคะแนน			
				ไม่ดี	ค่อนข้างไม่ดี	ค่อนข้างดี	ดี
				จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส							
ผู้ป่วย	2	3.7	0.6	-	1(1.8)	37(67.3)	17(30.9)
คู่สมรส	3	3.5	0.6	1(1.8)	1(1.8)	20(36.7)	32(60.4)
สุขภาวะทางเพศผู้ป่วย							
ผู้ป่วย	1	1.3	0.4	0	38(69.1)	17(30.9)	0
คู่สมรส	1	2.4	0.5	0	30(54.5)	25(45.5)	0



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำนวนและร้อยละของระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตโดยรวม (n=110)

คุณภาพชีวิต	ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับคะแนนของคุณภาพชีวิต		
				ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
				จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วย	50	88.5	12.5	0	40(72.7)	15(27.3)
คู่สมรส	48	88.3	10.9	0	43(78.2)	12(21.8)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างบุรุษที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่และทวารหนักหลังการรักษาและคู่สมรส (n=55) และคู่สมรส (n=55)

บุรุษที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักหลังการรักษา (n = 55)	คู่สมรส (n = 55)	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษา	.65	< .001
สุขภาวะทางเพศหลังการรักษา	.37	< .001
คุณภาพชีวิตหลังการรักษา	-.05	> .05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษากับสุขภาวะทางเพศหลังการรักษาของบุรุษที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n=55) และคู่สมรส (n=55)

ตัวแปรที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์	สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการผ่าตัด	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
สุขภาวะทางเพศหลังการผ่าตัด		
ผู้ป่วย	-.33	< .05
คู่สมรส	-.28	< .05

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษากับคุณภาพชีวิตหลังการรักษาของบุรุษที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n=55) และคู่สมรส (n=55)

ตัวแปรที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์	สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการผ่าตัด	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
คุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัด		
ผู้ป่วย	.46	< .001
คู่สมรส	.28	< .05

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาวะทางเพศกับคุณภาพชีวิตหลังการรักษาของบุรุษที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (n=55) และคู่สมรส (n=55)

ตัวแปรที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์	สุขภาวะทางเพศหลังการผ่าตัด	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
คุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัด		
ผู้ป่วย	-.68	< .001
คู่สมรส	-.05	> .05



Marital Relationships before Treatment, Sexual Health, and Quality of Life in Male Patients with Prostate Cancer, Bladder, Colon and Rectum after Treatment and Their Partners

Anchan Wattanapansak M.N.S.*

Tiraporn Junda PhD**

Bualuang Sumdaengrit PhD***

Abstract

This cross-sectional study was to investigate the levels of partner's relationships before treatment, sexual health, and quality of life in male patients with prostate cancer, bladder cancer, or colon and rectum cancer after treatment as well as to detect relationships among variables. Sample consisted of 110 males with prostate cancer, bladder cancer, or colon and rectum cancer after treatment and their partners who came to the follow-up appointments at Lopburi Cancer Hospital, Ramathibodi Hospital, and Chonburi Cancer Hospital. A structured questionnaire was used and data were analyzed using Pearson's product - moment correlation coefficient.

The results of this study showed the sample had a high level of satisfaction with their relationship before treatment, a low level of sexual health, and a good level of quality of life in male patients, but a middle level in their partners. Correlations analysis among study variables showed that partner relationship before treatment of male patients cancer and their partners' relationship was positively related. ($r = .651, p < .001$) so as sexual health of male patients cancer and their relationships with their partners ($r = .371, p < .01$) in contrast with negative relationship between quality of life of male patients cancer and their partner ($r = -.603, p > .05$). It was also found that partner relationship before treatment was negatively related to sexual health after treatment (patients: $r = -.337, p < .05$; spouses: $r = -.287, p < .05$), partner relationship was positively related to quality of life after treatment (patients: $r = .466, p < .001$; spouses: $r = .282, p < .05$), and sexual health after treatment was negatively related to quality of life after treatment with statistical significance (patients $r = -.682, p < .001$) but the spouse was not related with statistical significance ($r = -.058, p < .001$)

The study findings can increase health providers understanding problems of partner relationship before treatment, sexual health, and quality of life in male patients of cancer. The findings can be used as information for appropriate plan of care to maximize greater benefits for male cancer patients and their partners to lead a healthy sexual relationship and pursuit good quality of life together.

Keywords: partner relationship, sexual health, quality of life, male with cancer

* Student of Master of Nursing Science Program (Adult Nursing), Ramathibodi nursing school, Faculty of Ramathibodi medical, Mahidol University

** Assistant Professor, Ramathibodi nursing school, Faculty of Ramathibodi medical, Mahidol University

*** Lecture, Ramathibodi nursing school, Faculty of Ramathibodi medical, Mahidol University