

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยครอบคลุมในหัวข้อตามลำดับดังนี้

- การตัดมดลูกและผลกระทบจากการตัดมดลูกและรังไข่
- แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- คุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่

การตัดมดลูกและผลกระทบจากการตัดมดลูกและรังไข่

การตัดมดลูก (hysterectomy)

การตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อยในสตรี โดยทั่วไปเป็นการผ่าตัดที่ใช้ในการรักษาโรคทางนรีเวชให้แก่สตรี ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเอามดลูกออกที่พบบ่อย ได้แก่ เนื้องอกในกล้ามเนื้อมดลูก (uterine leiomyomas) ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ภาวะมดลูกไหลย้อนโรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์สตรี ภาวะปวดในอุ้งเชิงกรานเรื้อรัง ภาวะเยื่อโพรงมดลูกชั้นผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด เช่น ครรภ์ไข่ปลาอุก การตั้งครรภ์นอกมดลูก มดลูกแตก ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น (Carlson, 1995; Pokras, & Hufnagel, 1988; Stovall, 1996)

ประเภทของการตัดมดลูก

การผ่าตัดเอามดลูกออกมีหลายประเภท ได้แก่ (Dennerstein et al., 1995)

1. การตัดมดลูกออกทั้งหมด (total or complete hysterectomy) เป็นการผ่าตัดเอามดลูกออกทั้งหมด รวมทั้งส่วนของปากมดลูกด้วย โดยยังคงเหลือรังไข่ทั้งสองข้างและท่อหน้าไข่ไว้
2. การตัดมดลูกออกทั้งหมดและรังไข่ร่วมด้วย (total hysterectomy with salpingo-oophorectomy) เป็นการตัดเอามดลูกออกทั้งหมด ร่วมกับการตัดรังไข่ และท่อหน้าไข่ออกข้างใด

ข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง โดยเฉพาะการตัดมดลูกร่วมกับการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง ปัจจุบันทำเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งของรังไข่ และป้องกันการลุกลามของโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (Carlson, 1995; Dennerstein et al., 1995; Stovall, 1996) แต่จากการศึกษาเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการตัดมดลูกออกทั้งหมดหรือร่วมกับการตัดรังไข่ออก กับการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,758 คน พบว่า การตัดมดลูกทำให้การเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง ไม่ว่าจะได้รับการตัดรังไข่ร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม ความสัมพันธ์ของการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่ในกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน (Parazzini, Negri, Vecchia, Luchini, & Mezzopane, 1993)

3. การตัดมดลูกออกบางส่วน (subtotal or partial hysterectomy) เป็นการตัดมดลูกส่วนบน 2 ใน 3 ของมดลูกออก โดยคงเหลือส่วนของปากมดลูก รังไข่ และท่อหน้าไข่มดลูกทั้งสองข้างไว้

4. Radical or Wertheim's hysterectomy เป็นการตัดมดลูกออกทั้งหมด รวมทั้งรังไข่ และท่อหน้าไข่มดลูกทั้งสองข้าง ต่อม้าน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง และช่องคลอดส่วนบนออก

วิธีการผ่าตัดมดลูก

วิธีที่ใช้ในการตัดมดลูกออกในปัจจุบัน มี 3 วิธี ได้แก่ (Dennerstein et al., 1995; Stovall, 1996)

1. วิธีผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง (abdominal hysterectomy) ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อย โดยการผ่าตัดวิธีนี้มักใช้ในการตัดมดลูกร่วมกับการตัดท่อหน้าไข่มดลูก และรังไข่ออกข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง หรือในกรณีที่เนื้องอกมดลูกมีขนาดใหญ่ ภาวะเยื่อโพรงมดลูกชั้นผิวด้านที่การติดเชื้อในช่องเชิงกราน หรือมีพังผืดยึดติดบริเวณรอบลำไส้ นอกจากนี้เป็นวิธีที่แพทย์ใช้ทำการผ่าตัดมดลูกออกร่วมกับการตรวจอวัยวะภายในช่องท้อง และเป็นการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาในการทำค่อนข้างนาน

2. วิธีผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด (vaginal hysterectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดที่ใช้ในกรณีที่สตรีมีภาวะมดลูกหย่อน ภาวะมีลำไส้ หรือกระเพาะปัสสาวะโผล่ยื่นเข้าไปในช่องคลอด เนื้องอกในมดลูกขนาดเล็กที่สามารถผ่าตัดเอามดลูกออกผ่านทางช่องคลอดได้ โดยวิธีการผ่าตัดวิธีนี้จะไม่ตัดรังไข่ออก

สำหรับวิธีผ่าตัดมดลูกออกทั้งสองวิธีนี้ วิธีการผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้องเป็นวิธีการผ่าตัดที่ใช้มากกว่าการผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอด ถึงแม้ว่าการตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดจะมีข้อดีในด้านมีความเจ็บปวดน้อยกว่า เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและใช้เวลาในการรักษาที่โรงพยาบาล

สั้นกว่า แต่มีข้อจำกัดในการผ่าตัด คือ ในกรณีที่มดลูกมีขนาดใหญ่กว่า 10 สัปดาห์ เนื่องจากในมดลูกมีขนาดใหญ่หรือมีจำนวนมากว่าหนึ่งแห่ง มีพังผืดที่ตัวมดลูกเนื่องจากภาวะช่องเชิงกรานอักเสบ ภาวะเยื่อโพรงมดลูกขึ้นผืดที่ หรือเคยได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องมาก่อน และภาวะที่มดลูกหย่อนไม่มาก ซึ่งภาวะเหล่านี้จะทำให้การผ่าตัดมดลูกผ่านทางช่องคลอดทำได้ยาก (จตุพลศรีสมบูรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย, และชเนนทร์ วนาภิรักษ์, 2538; Dennerstein et al., 1995)

3. การตัดมดลูกออกทางช่องคลอด โดยใช้กล้องส่องทางหน้าท้อง (laparoscopically assisted hysterectomy or laparovaginal hysterectomy) เป็นการผ่าตัดมดลูกออกโดยวิธีใช้กล้องส่องผ่านทางหน้าท้องเข้าไปในช่องท้อง เพื่อส่องดูในขณะที่ทำการผ่าตัด และมีเครื่องมือในการผ่าตัดมดลูกโดยใช้ความร้อนหรือเลเซอร์ หลังจากนั้นจึงนำมดลูกออกผ่านทางช่องคลอด ซึ่งการผ่าตัดมดลูกออกวิธีนี้ต้องอาศัยทีมแพทย์และพยาบาลที่มีทักษะในการใช้กล้องส่องตรวจทางนรีเวชโดยเฉพาะ และการผ่าตัดวิธีนี้ใช้ในกรณีที่มดลูกมีขนาดไม่ใหญ่มาก หรือมีภาวะเยื่อโพรงมดลูกขึ้นผืดที่ เพื่อเป็นการลดระยะเวลาในการพักฟื้นภายหลังการผ่าตัด และในกรณีที่ เป็นโรคมะเร็งในกล้ามเนื้อมดลูกระยะแรกที่ได้รับการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างแล้ว แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดมดลูกออกวิธีนี้ ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานกว่าการผ่าตัดมดลูกออกทั้งสองวิธีข้างต้น และเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงไม่เป็นที่แพร่หลายมากนักในปัจจุบัน (Dennerstein et al., 1995)

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้างโดยวิธีการผ่าตัดผ่านทางหน้าท้อง ซึ่งถือว่าการผ่าตัดที่พบได้บ่อยในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกทั้งหมด

ผลกระทบจากการผ่าตัดมดลูกและรังไข่

การผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ส่วนใหญ่ทำเพื่อการรักษาโรคทางนรีเวช และภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์หรือการคลอดคงได้กล่าวไว้แล้ว ซึ่งผลของการผ่าตัดมดลูกและรังไข่นั้นมีทั้งผลดีในด้านการรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยที่สตรีเป็นอยู่ก่อนได้รับการผ่าตัด แต่อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสตรีภายหลังการผ่าตัด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะได้กล่าวถึงดังต่อไปนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

การทำผ่าตัดเอามดลูกออกทั้งทางหน้าท้องและทางช่องคลอด พบว่า ร้อยละ 25-50 ของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด จะมีภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อาการ (Dennerstein et al., 1995;

Hillard, 1992) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบบนแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Newton, 1988; Stovall, 1996)

1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด (intraoperative complications) ได้แก่

1.1 ภัยอันตรายต่อลำไส้ พบได้บ่อยบริเวณลำไส้ใหญ่ เนื่องจากเป็นอวัยวะที่อยู่ใกล้กับมดลูก

1.2 ภาวะตกเลือด ภาวะตกเลือดในระหว่างการผ่าตัดนั้น ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากความล้มเหลวในการผูกยึดเส้นเลือดบริเวณมดลูก การได้รับบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะขณะผ่าตัด หรือจากเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณนี้เองมดลูก

1.3 ภัยอันตรายต่ออวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ ภัยอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดในระหว่างการผ่าตัดมดลูก นอกจากนี้ยังพบภัยอันตรายบริเวณท่อไต ซึ่งมีสาเหตุจากการเย็บ การผูก หรือตัดบริเวณท่อไตโดยบังเอิญ ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงของการผ่าตัดมดลูกอย่างหนึ่ง (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 2538)

1.4 ภาวะแทรกซ้อนในระบบประสาทจากการทำผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่ขา (femoral nerve) เนื่องจากการถูกกดเป็นระยะเวลานานในระหว่างการผ่าตัด

จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะที่ผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องของ ชาน โฮ และเชน (Chan, Ho, & Chen, 1993) ในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูก จำนวน 176 คน พบว่า ภาวะตกเลือด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบในขณะที่ผ่าตัด ซึ่งพบถึงร้อยละ 3 ของสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทั้งหมด

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดระยะแรก (early postoperative complications)

2.1 ภาวะตกเลือด การตกเลือดใน 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด ส่วนใหญ่เกิดจากเส้นเลือดแดงที่มาเลี้ยงบริเวณมดลูก เส้นเลือดดำบริเวณมดลูก เส้นเลือดบริเวณรังไข่ เส้นเลือดในช่องคลอด กระเพาะปัสสาวะ หรือบริเวณในช่องเชิงกรานถูกตัดออกพร้อมมดลูก แพทย์จะทำการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อค้นหาตำแหน่งที่มีเลือดออก และให้การช่วยเหลือโดยการเย็บซ่อมแซมหรือผูกยึดเส้นเลือดในบริเวณนั้น

2.2 ภาวะติดเชื้อ การติดเชื้อของแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง พบได้ร้อยละ 4-6 ของการผ่าตัดมดลูก เกิดจากมีการปนเปื้อนเชื้อโรคขณะผ่าตัด มักเกิดภายใน 3-5 วันหลังผ่าตัด และภาวะแผลแยก มักเกิด 4-8 วันหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นผลมาจากการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 2538)

2.3 ระบบทางเดินอาหาร ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ภายในสัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ได้แก่ การทะลุของกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เยื่อช่องท้องอักเสบ มีอากาศในช่องท้อง ภาวะขยายตัวของกระเพาะอาหารทันที และการอุดตันของลำไส้

2.4 ระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยภายหลังผ่าตัดมดลูกในระบบทางเดินปัสสาวะ คือ ภาวะมีปัสสาวะคั่ง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดและไม่ถ่ายปัสสาวะภายหลังเอาสายสวนปัสสาวะออกใน 24 ชั่วโมง ทำให้ท่อปัสสาวะมีการหดเกร็งตัว จึงไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ และเนื่องจากกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะไม่มีการหดตัวจากการได้รับยาสลบ

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัดในระยะหลัง (late postoperative complications) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเกิน 24 ชั่วโมง ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะคั่ง ท้องผูก อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวเพิ่ม อาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกรานภายหลังการผ่าตัด (Carlson, 1995; Dennerstein et al, 1995) ภาวะมีแผลทะลุระหว่างช่องคลอดกับกระเพาะปัสสาวะ (vesicovaginal fistula) ภาวะท่อหน้าไข่ม้วน (prolapse of fallopian tube) และกษัยนตรายบริเวณท่อปัสสาวะจากการผ่าตัด ซึ่งทำให้เกิดการอุดตันของท่อปัสสาวะ และมีอาการปวดหลังบริเวณบั้นเอวหลังการผ่าตัดในภายหลัง (Stovall, 1996)

จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนของการตัดมดลูกทางหน้าท้อง และทางช่องคลอดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ของประเทศสหรัฐอเมริกา ของ ดิคเคอร์ และคณะ (Dicker et al., 1982) พบว่า การตัดมดลูกออกทางช่องคลอดมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง โดยพบภาวะแทรกซ้อนจากการตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง ร้อยละ 42.8 และทางช่องคลอด ร้อยละ 24.5 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบจากการตัดมดลูกทั้งทางหน้าท้องและทางช่องคลอด ได้แก่ ไข้จากการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 16.8 และ 7.2 ตามลำดับ การตกเลือด คิดเป็นร้อยละ 15.4 และ 8.3 ตามลำดับ การได้รับการผ่าตัดซ้ำ เช่น การผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมลำไส้ หรือกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 1.7 และ 5.1 ตามลำดับ และการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการตัดมดลูก ในสตรีชาวเดนิชที่ได้รับการตัดมดลูก จำนวน 23,386 คน ตั้งแต่ปี 1978-1981 พบว่า มีภาวะแผลอักเสบติดเชื้อ ร้อยละ 2 และภาวะมีเลือดออก ร้อยละ 2 ของสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกทั้งหมด (Andersen, Loft, Brannum-Hansen, Roepstorff, & Madsen, 1993)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับปัญหาของสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ในระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือน ของ ประอรนุช ตูลยาทร และคณะ (2540) ในสตรีจำนวน 93 คน ที่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช โดยการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์

พบว่า ปัญหาทางด้านร่างกายที่พบภายหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ คือ ปัญหาคันและตกขาวทางช่องคลอด อาการอักเสบของช่องคลอด ท้องเสีย และอาการแสบซ้ดขณะปีสสาวะ

นอกจากนี้การตัดมดลูกร่วมกับการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง มีผลทำให้สตรีเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนก่อนกำหนด โดยเฉพาะในสตรีที่ยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ทำให้เกิดกลุ่มอาการของการหมดประจำเดือนรุนแรงมากกว่าสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งผลิตจากรังไข่ลดลงอย่างทันทีทันใด (Lowdermilk, 1995; Wasaha & Angelopoulos, 1996) และการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนนั้น ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายทุกระบบ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ดังนี้

1. ผลกระทบในระยะสั้น (short-term effects) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติ การตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง ทำให้ร่างกายขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการร้อนวูบวาบในสตรี สตรีจะมีความรู้สึกร้อนวูบวาบ เกิดผื่นแดงทันทีทันใดบริเวณผิวหนังที่ศีรษะ คอ หน้าอก อาจมีเหงื่อออกร่วมด้วย ระยะเวลาที่เกิดประมาณ 2-3 วินาที ไปจนถึง 10 นาที โดยเฉลี่ยประมาณ 4 นาที และอาจเกิดทุก 1-2 ชั่วโมง ถึง 1-2 สัปดาห์ ในรายที่เป็นรุนแรงอาจเกิดทุก 10-30 วินาที โดยทั่วไปจะเป็นนานประมาณ 1-2 ปี แต่บางรายอาจเป็นนานถึง 5 ปี ซึ่งอาการนี้ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นบ่อยในเวลากลางคืน จนทำให้รบกวนการนอนหลับของสตรี ก่อให้เกิดความเครียด ปวดศีรษะ หรือมีอาการหงุดหงิด นอกจากนี้ยังทำให้สตรีมีภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการเหนื่อยอ่อนได้ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมภาวะโภชนาการ หรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นของสตรีด้วย (ธีระทองสง และคณะ, 2539; Newton, 1988; Wasaha & Angelopoulos, 1996)

2. ผลกระทบในระยะยาว (long-term effects) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในระบบต่างๆ ดังนี้ (ธีระทองสง และคณะ, 2539; Newton, 1988; Wasaha & Angelopoulos, 1996)

2.1 ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โดยมีขนาดเล็กลงและแบนราบ ผิวหนังบริเวณหัวหน้าเหี่ยวและพับ ขนน้อยลง ไขมันใต้ผิวหนังหมดไป คลิตอริส (clitoris) มีขนาดเล็กลง แคมเล็กเหี่ยวเล็กลง ช่องคลอดสั้นตีบแคบผนังช่องคลอดห่ออ่อน เยื่อผนังช่องคลอดบางลง มีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง มีสภาพเป็นต่างมากขึ้น เกิดการอักเสบได้ง่าย อาจทำให้เกิดอาการคัน ช่องคลอดอักเสบและเจ็บขณะร่วมเพศได้ นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะรูปร่าง และขนาดของเต้านมในทางเล็กลงด้วย

2.2 ผิวหนังและขน การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งมีส่วนช่วยในการกักเก็บโซเดียม โปตัสเซียม คลอไรด์ และน้ำในร่างกาย ทำให้มีความเสื่อมของผิวหนัง ผิวหนังขาด

ความตึงตัว มีรอยย่น ความสามารถในการยืดและหดตัวของเนื้อเยื่อบริเวณผิวหนังลดลง และมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง

2.3 ระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดการเสื่อมสภาพและมีขนาดเล็กลง และมีอาการอักเสบติดเชื้อได้บ่อยบริเวณกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อในกระเพาะปัสสาวะเสื่อมลง ทำให้การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และปัสสาวะบ่อยขึ้น

2.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้ระดับไขมันที่มีความอิ่มตัวสูงลดลง (high density lipoprotein : HDL) และไขมันที่มีความอิ่มตัวต่ำเพิ่มขึ้น (low density lipoprotein : LDL) ทำให้ระดับโคเลสเตอรอล (cholesterol) ไลโปโปรตีน (lipoprotein) และไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) ในร่างกายสูงขึ้น จึงทำให้สตรีที่ได้รับการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างก่อนอายุ 40 ปี เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันสูงกว่าสตรีที่รังไข่ยังทำงานอยู่ถึง 7 เท่า (Wasaha, & Angelopoulos, 1996)

2.5 การเปลี่ยนแปลงของกระดูก เอสโตรเจนมีส่วนในการสร้างความแข็งแรงให้กระดูก กล่าวคือ เป็นตัวเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดซึมแคลเซียม โดยเพิ่มการเผาผลาญวิตามินดี ส่งเสริมการสร้างแคลซิโทนิน (calcitonin) ซึ่งช่วยยับยั้งการสลายของเนื้อกระดูก นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์โดยตรงต่อออสติโอเบลาสต์ (osteoblast) โดยกระตุ้นการสร้างออสติโอเบลาสต์ซึ่งช่วยสร้างเนื้อกระดูก และยับยั้งการทำงานของออสติโอคลาสต์ (osteoclast) ซึ่งจะสลายเนื้อกระดูก เมื่อฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้ร่างกายสูญเสียแคลเซียมจากกระดูกประมาณ ร้อยละ 1 ต่อปี ทำให้สตรีเกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) และกระดูกหักได้ง่าย

อาการหรืออาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ในสตรีที่ได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้างในวัยเจริญพันธุ์นั้น ปัจจุบันสามารถรักษาโดยการให้ฮอร์โมนทดแทนตั้งแต่ภายหลังการผ่าตัด จนถึงวัยหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ คือ อายุประมาณ 50 ปี ซึ่งสามารถลดความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบได้ผลดี และยังเป็น การลดภาวะเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และภาวะกระดูกพรุนได้ด้วย (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539; Lowdermilk, 1995; Wasaha, & Angelopoulos, 1996) แต่การรับฮอร์โมนทดแทนในการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน 15 ปีขึ้นไป จะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมสูงขึ้น (Griffiths, Murray, & Russo, 1984) ทำให้สตรีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสตรีที่มีประวัติของโรคมะเร็งในครอบครัว (Dennerstein et al., 1995; Wasaha, & Angelopoulos, 1996) นอกจากนี้ยังพบอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยฮอร์โมน ได้แก่ อาการเจ็บตึงเต้านม อาการบวม เป็นสิว อารมณ์

เปลี่ยนแปลงง่าย มีภาวะซึมเศร้า ความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคตับ เป็นนิ้วในถุงน้ำดี และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะล้มเลือดอุดตันได้ (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539; Wheller, 1994)

ผลกระทบด้านจิตใจและสังคม

การตัดมดลูกและรังไข่ ส่งผลกระทบต่อจิตใจของสตรี เนื่องจากมดลูกและรังไข่ ถือว่าเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อสตรี ในด้านความเป็นเอกลักษณ์และสัญลักษณ์ที่แสดงถึงความเป็นหญิง และมีหน้าที่สำคัญในด้านการเจริญพันธุ์ (Dennerstein et al., 1995; Williamson, 1992) เมื่อถูกตัดมดลูก จึงทำให้ความรู้สึกที่สตรีมีต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไป เกิดความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ สูญเสียอัตมโนทัศน์ สูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง สูญเสียความมั่นใจในตนเอง และเกิดความรู้สึกว่าคนไร้คุณค่าหรือไร้สมรรถภาพ รวมทั้งเกิดความวิตกกังวลและความโศกเศร้า นอกจากนี้ในสตรีที่มีการรับรู้ว่า ความเป็นเพศหญิงมาจากการที่ได้ทำหน้าที่ด้านการเจริญพันธุ์ เมื่อถูกตัดมดลูกและรังไข่จึงมีผลทำให้สตรีรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการเจริญพันธุ์ และสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งความรู้สึกสูญเสียดังกล่าวในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกและรังไข่ จะมีมากกว่าความรู้สึกสูญเสียบทบาทในการเจริญพันธุ์จากภาวะมีบุตรยาก (Dupuis, 1997) ซึ่งปัญหาด้านจิตใจดังกล่าวมักเป็นผลมาจากรับรู้ที่เบี่ยงเบนไปของสตรีเกี่ยวกับมดลูก ได้แก่ มดลูกเป็นอวัยวะที่แสดงถึงความเป็นหญิง ถ้าไม่มีมดลูกก็ทำให้ไม่แน่ใจในความเป็นหญิงของตน มดลูกเป็นสิ่งสำคัญต่อการถึงจุดสุดยอดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ และมดลูกเป็นอวัยวะที่ใช้กำจัดของเสียออกจากร่างกายในช่วงที่มีประจำเดือน ดังนั้นการตัดมดลูกจึงทำให้สตรีรู้สึกสูญเสียอวัยวะสำคัญของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและโศกเศร้าภายหลังการตัดมดลูกได้ (Williamson, 1992)

นอกจากนี้การตัดมดลูก ยังส่งผลกระทบด้านสังคมโดยเฉพาะต่อครอบครัวของสตรี ในด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจทางเพศ เนื่องจากคู่สมรสมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์จากการบีบรัดตัวและการเคลื่อนไหวของมดลูกในระยะเล้าโลม รวมทั้งขณะถึงจุดสุดยอด หรือจากการที่อวัยวะเพศฝ่ายชายได้สัมผัสปากมดลูกในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นเมื่อตัดมดลูกออกจึงทำให้คู่สมรสมีความพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์ลดลง (Dennerstein et al., 1995) นอกจากนี้การตัดมดลูกออกยังทำให้เกิดแผลเป็นในบริเวณช่องเชิงกรานหรือในช่องคลอด ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและขนาดของช่องคลอด ส่งผลให้สตรีเกิดความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งผลจากความรู้สึกสูญเสียมดลูก ทำให้คู่สมรสมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงด้วย นอกจากนี้การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนจากการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้ช่องคลอดแห้งและ

ผนังช่องคลอดบางลง สตรีจะเกิดความเจ็บปวดในขณะมีเพศสัมพันธ์ และการตัดรังไข่ออกยังทำให้ขาดฮอร์โมนแอนโดรเจนที่ผลิตจากรังไข่ ซึ่งฮอร์โมนแอนโดรเจนนี้เป็นฮอร์โมนที่ช่วยทำให้เกิดความต้องการทางเพศในสตรี ดังนั้นเมื่อขาดฮอร์โมนนี้จึงทำให้สตรีมีความต้องการทางเพศลดลง อีกด้วย (Dennerstein et al., 1995) ผลกระทบดังกล่าวทำให้สตรีมีความกังวล และเกิดความกลัวว่าสามีจะไปมีความสัมพันธ์กับหญิงอื่น ทำให้มีผลต่อภาวะอารมณ์ รวมทั้งพฤติกรรมแสดงออกของสตรี เช่น มีอาการหงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส รวมทั้งบุคคลอื่นๆในครอบครัวได้ จากการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ ของ เดนเนอร์สตัน วูด และเบอร์โรวส์ (Dennerstein, Wood, & Burrows, 1977) ในสตรีจำนวน 89 คน โดยการสัมภาษณ์การเปลี่ยนแปลงความต้องการทางเพศ ความสุขทางเพศ น้ำหล่อลื่นในช่องคลอด ความสามารถในการถึงจุดสุดยอด และอาการเจ็บปวดในขณะร่วมเพศ พบว่า สตรีร้อยละ 37 ของกลุ่มตัวอย่าง มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ สตรีร้อยละ 34 มีเพศสัมพันธ์ที่ดีขึ้นภายหลังการผ่าตัด และสตรีร้อยละ 29 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการผ่าตัด ซึ่งจะเห็นได้ว่า ในกลุ่มสตรีที่มีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ดังกล่าว อาจเกิดปัญหาด้านสังคมเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และอาจรุนแรงจนทำให้ครอบครัวแตกแยกมีการหย่าร้างเกิดขึ้นได้

นอกจากนี้การตัดมดลูกอาจมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อสตรีภายหลังการตัดมดลูกได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายภายหลังการตัดมดลูก ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และการได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนภายหลังการผ่าตัด ซึ่งโดยทั่วไปมักจะได้รับติดต่อกันเป็นเวลานาน เช่น ถ้ามีอาการร้อนวูบวาบ และอาการนอนไม่หลับ สตรีจะได้รับฮอร์โมนทดแทนในการรักษาประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี (ชีระ ทองสง และคณะ, 2539) ส่วนการป้องกันภาวะกระดูกพรุนนั้น สตรีอาจได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนไปตลอดหรืออย่างน้อย 10 ปี (Lichtman, 1991 cited in Fogel & Woods, 1995) เพราะถ้าหยุดจะทำให้มีการสลายกระดูกอย่างรวดเร็ว ฉะนั้นจึงทำให้สตรีต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างมาก เพราะราคาของฮอร์โมนค่อนข้างแพง และต้องรับติดต่อกันเป็นเวลานาน นอกจากนี้การมารับการรักษาภายหลังการผ่าตัดอาจทำให้สตรีต้องหยุดงานบ่อย ทำให้ขาดรายได้ และอาจเกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานได้

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการตัดมดลูกและรังไข่มีทั้งผลดีในด้านการรักษาโรคที่สตรีเป็นอยู่ก่อนได้รับการผ่าตัด และทำให้เกิดผลกระทบจากการผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมต่อสตรี ผลกระทบภายหลังการตัดมดลูกนั้นหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจจะทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรี ซึ่งอาจทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ลดต่ำลงได้

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดที่สำคัญที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็จะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่วนทางด้านสุขภาพก็ได้นำแนวคิดของคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการการรักษาพยาบาล โดยเน้นด้านการส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (WHO, 1947 cited in Cooley, 1998)

ปัจจุบันได้มีนักวิชาการต่างๆ ได้พยายามศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เป็นพลวัตที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Cooley, 1998) ซึ่งสามารถประเมินได้โดยพิจารณาจากโครงสร้างมิติเดียว หรือพิจารณาจากโครงสร้างหลายมิติ โดยแต่ละมิติจะมีความสัมพันธ์กัน (Mast, 1995) คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ เป็นความคิดที่เกิดขึ้นภายหลังการรับรู้สีก การสังเกต หรือการตระหนักถึงเหตุการณ์บางอย่างที่บุคคลมีประสบการณ์ อาจกล่าวได้ว่าเป็นความคิดเห็นหรือการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสำคัญของเหตุการณ์ ลำดับของปรากฏการณ์ หรือมุมมองในชีวิตเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงสัมพันธ์กับเงื่อนไขเวลา (time related) และขึ้นกับสถานการณ์ (situation-dependent) (Peplau, 1994) จากการที่ประสบการณ์ของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงและมีความซับซ้อน คุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกันขึ้นกับภูมิหลังของบุคคล สถานภาพในสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม อายุ และการให้ความสำคัญของคุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคล (Ferrans, 1990; Zhan, 1992) จึงเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของ คำว่า คุณภาพชีวิต ได้ชัดเจนและแน่นอน อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้อธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตไว้หลายลักษณะ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงหรือสอดคล้องกัน แต่จะแตกต่างกันในรายละเอียดตามทฤษฎีของบุคคล ดังนี้

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของบุคคล เช่นเดียวกับ ชาน (Zhan, 1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมาย และประเมินได้ด้วยตนเองซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ภูมิหลังของบุคคล สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และอายุ เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ต่างกัน ส่วนยังและลองแมน (Young & Longman, 1985 cited in Mast, 1995) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นสิ่งที่บุคคล รับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ของบุคคล และคูลีย์ (Cooley, 1998) ได้กล่าวว่า

คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลประเมินถึงชีวิตความเป็นอยู่ด้วยตนเอง โดยใช้ความคิดและสติปัญญาของตนในการประเมิน

คณะกรรมการพัฒนาการใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization Quality of Life Assessment : WHOQOL Group, 1996) ได้ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความเป็นอยู่ของตน ภายใต้บริบททางวัฒนธรรม และระบบการให้คุณค่าทางสังคมที่บุคคลนั้นๆอาศัยอยู่ และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความหวัง มาตรฐานทางสังคม และความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล

เฟอร์รานส์ และพาวเวอร์ส (Ferrans & Powers, 1992) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคลที่พิจารณาจากความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในช่วงชีวิตที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นๆ เช่นเดียวกับ เฟอร์เรลล์ แกรนท์ ฟังก์ โอทิส-กรีน และการ์เซีย (Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green, & Garcia, 1997, 1998) ที่ได้สรุปเกี่ยวกับความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกผาสุกของบุคคล ประกอบด้วยความผาสุกด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ ให้ความหมาย และประเมินได้ด้วยตนเองซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล (Zhan, 1992)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตอาจถูกมองว่าประกอบด้วยโครงสร้างที่มีมิติเดียว หรือหลายมิติ (Mast, 1995) กลุ่มที่เห็นว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติหรือหลายด้าน ได้แก่ จอร์จ และเบียร์รอน (George & Bearon, 1980 cited in Ferrans & Powers, 1992) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตว่า มี 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และสถานะสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดของ ซาน (Zhan, 1992) ที่ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยการศึกษารวบรวมแนวคิดจากนักวิชาการหลายๆ ท่าน ได้ 4 องค์ประกอบ คือ

1. ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จที่ได้รับในเรื่องทั่วไป ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และครอบครัว

2. อັตมโนทัศน์ (self-concept) เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจ รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง

ประกอบด้วยลักษณะรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ ความหวัง การเชื่อมั่นในศาสนา การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

3. สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning) เป็นการรับรู้ความผาสุกของร่างกาย เกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถด้านร่างกาย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ (socio-economic factors) เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกด้านสังคมทั่วไป รวมถึงอาชีพ และรายได้

เฟอร์รานส์ (Ferrans, 1990) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (health and functioning domain) ได้แก่ ภาวะสุขภาพ รวมถึงการดูแลสุขภาพของบุคคล ภาวะพึ่งพิงด้านร่างกาย การตอบสนองของร่างกาย อาการหรือภาวะไม่สุขสบายต่างๆ การปฏิบัติกิจกรรม เพศสัมพันธ์ และการทำงานอดิเรก

2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic domain) ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ รายได้ที่อยู่อาศัย อาชีพ การศึกษา เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (psychological / spiritual domain) ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขในชีวิต ความรู้สึกต่อตนเอง เป้าหมายในชีวิต ความเชื่อทางศาสนา และความรู้สึกสงบสุข

4. ด้านครอบครัว (family domain) ได้แก่ ความสุขในครอบครัว คู่สมรส บุตร และภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว

เฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความผาสุกของร่างกาย (physical well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลในการควบคุม หรือบรรเทาอาการเจ็บป่วยด้านร่างกาย และการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

2. ด้านความผาสุกทางจิตใจ (psychological well-being) เป็นการหาวิธีที่จะเผชิญต่อความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ในด้านการเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และการให้ทางเลือกของชีวิต

3. ด้านความผาสุกทางสังคม (social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และบทบาททางสังคม

4. ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ได้แก่ ความหวัง และความเชื่อของบุคคลทั้งในด้านศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของบุคคล

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ไว้ 6 ด้าน ดังนี้ (WHOQOL Group, 1996)

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ ความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สบาย ความรู้สึกมีกำลัง ความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยอ่อนล้า การนอนหลับ และการพักผ่อน
 2. ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกด้านบวก หรือลบเกี่ยวกับความคิด การเรียนรู้ ความจำ และสมาธิ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายและลักษณะทั่วไปของตนเอง
 3. ด้านระดับของความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (level of independence) ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพา หรือการรักษาทางการแพทย์ ความสามารถในการทำงาน
 4. ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม การมีเพศสัมพันธ์
 5. ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความมั่นคงปลอดภัยด้านร่างกาย สภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับบริการทางสังคมเกี่ยวกับสุขภาพ แหล่งรายได้ โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การพักผ่อนหย่อนใจหรือการใช้เวลาว่าง การคมนาคมขนส่ง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ เสียง การจราจร สภาพภูมิประเทศ เป็นต้น
 6. ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความรู้สึกทางจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อ
- สำหรับการศึกษาคำนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของชานมาใช้ เนื่องจากมีความสอดคล้องและครอบคลุมในสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจ

การประเมินคุณภาพชีวิต

เนื่องจากการมีแนวคิดที่หลากหลายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีความแตกต่างกันไปด้วย ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต ผู้ศึกษาต้องให้ความหมายและองค์ประกอบ (component dimensions) ของคุณภาพชีวิตที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจนตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

แฟรงค์ - สตรอมเบอร์ก (Frank - Stromberg, 1984) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นเชิงปริมาณ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งประเมินจากภาวะสุขภาพของบุคคล ความสามารถ

ในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวัน และสภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไปของบุคคล โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นเชิงปริมาณ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง โดยให้บุคคลประเมินตามการรับรู้ เกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของตนในขณะนั้น ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตในด้านต่างๆ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนนเช่นกัน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง โดยมีคำถามเพื่อให้บุคคลได้พูด หรือบรรยายเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงสภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นอยู่ในขณะนั้น

มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 แนวทาง คือ

1. การประเมินด้านวัตถุวิสัย (objective indicators) เป็นการประเมินโดยบุคคลอื่นว่า บุคคลนั้นดำเนินชีวิตด้วยความพอเพียงที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้ และปราศจากการ ถูกคุกคาม

2. การประเมินด้านจิตวิสัย (subjective indicators) เป็นการประเมินโดยบุคคลประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยรวม รวมถึงการที่บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ของตนเอง

เช่นเดียวกับ จอร์จ และเบียร์อน (George & Bearon, 1980 cited in Kleinpell, 1991) และ รัสเตียน (Rustoen, 1995) ที่กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นการประเมินในด้านวัตถุวิสัย และจิตวิสัยเช่นกัน ซึ่งการประเมินทางด้านวัตถุวิสัย สามารถแสดงถึงสิ่งที่มีอิทธิพลในชีวิตของ บุคคลขณะนั้นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง แต่การประเมินทางด้านจิตวิสัย เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต ที่ดีกว่า เนื่องจากบุคคลประเมินด้วยตนเอง จึงสามารถบ่งบอกประสบการณ์ชีวิตของบุคคลทุกด้าน ได้โดยตรง (Campbell et al., 1976 cited in Meeberg, 1993)

คูลลีย์ (Cooley, 1998) ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตว่ามี 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม (global evaluation) เป็นการประเมินถึงความ พึงพอใจในชีวิต และลักษณะความเป็นอยู่ในชีวิตของบุคคล

2. การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life) เป็น การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในหลายมิติ ได้แก่ อาการแสดงของโรค อาการ ข้างเคียงจากการรักษา สถานภาพการทำหน้าที่ของร่างกาย ความคิดปกตีด้านจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ และความพึงพอใจต่อการรักษา

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิต อาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ดังนี้ มาสท์ (Mast, 1995) ได้รวบรวมแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต สำหรับผู้ป่วย มะเร็งไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างมิติเดียว (unidimensional measures) เป็นการให้ความหมายและประเมินคุณภาพชีวิตในมิติเดียว เช่น ประเมินความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วย ด้านใดด้านหนึ่ง การประเมินปัญหาสุขภาพร่างกายหรืออาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เป็นต้น

2. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือในการประเมินแบบเดียว (multidimensional measures : single scale) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตในแนวคิดหลายมิติ หลายตัวชี้วัด และหลายลักษณะ โดยในการประเมินใช้เครื่องมือในการประเมินเป็นคะแนนรวม

3. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือในการประเมินหลายชนิด (multiple separate scales) การประเมินคุณภาพชีวิตในแนวคิดนี้ ใช้แนวคิดที่ว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ และสามารถประเมินโดยแยกตามลักษณะหรือองค์ประกอบในการประเมินแต่ละด้าน

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ ที่มีความแตกต่างกันในช่วงระยะเวลาหลังการผ่าตัด 6 เดือน และ 12 เดือน โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติในเชิงจิตวิสัย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตจากการรับรู้ด้วยตนเอง ซึ่งบุคคลย่อมสามารถบ่งชี้คุณภาพชีวิตของตนได้ดีกว่าการประเมินโดยผู้อื่นหรือในเชิงวัตถุวิสัย (Campbell et al., 1976 cited in Meeberg, 1993) และในการประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิตินี้มีความถูกต้องเหมาะสมกว่าการประเมินเพียงมิติเดียว (Ferrans, 1990) โดยใช้แนวคิดของชาน (Zhan, 1992) ที่ได้ประเมินคุณภาพชีวิตจากองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจ โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของ สุรชาติพย อุปลาบัติ (2536) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) เพื่อใช้ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.85

คุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่

สำหรับคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูก จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่โดยตรง แต่พบการศึกษาเกี่ยวกับผลของการตัดมดลูกต่อสตรีด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการผ่าตัด ดังนี้

การศึกษาผลกระทบด้านเพศสัมพันธ์จากการตัดมดลูกและรังไข่ ของ เดนเนอร์สเตนวูด และเบอร์โรวส์ (Dennerstein, Wood, & Burrows, 1977) ในสตรีจำนวน 89 คน ที่ได้รับการตัดมดลูกและรังไข่ โดยวิธีการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการทางเพศ ความสุขทางเพศ ความสามารถในการถึงจุดสุดยอด และอาการเจ็บปวดในขณะร่วมเพศ พบว่า สตรีร้อยละ 37 ของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะปัญหาความต้องการทางเพศลดลง และไม่มีความสุขทางเพศภายหลังการผ่าตัด ในขณะที่สตรีร้อยละ 34 และร้อยละ 29 มีเพศสัมพันธ์ที่ดีขึ้น และไม่มีเปลี่ยนแปลงในการมีเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ และการศึกษาของพรอฟฟิทท์-รอก (Proffitt-Rock, 1998) เกี่ยวกับการรับรู้ความพึงพอใจทางเพศสัมพันธ์ภายหลังการตัดมดลูกและ/หรือรังไข่ ในสตรีจำนวน 126 คน พบว่า สตรีร้อยละ 31.6 มีการรับรู้ในด้านบวกต่อความพึงพอใจทางเพศสัมพันธ์ และสตรีร้อยละ 23.1 มีการรับรู้ในด้านลบต่อความพึงพอใจทางเพศสัมพันธ์ นอกนั้นมีความรู้สึกในระดับกลางต่อเรื่องดังกล่าว ซึ่งโดยรวมแล้วในการศึกษาครั้งนี้ สตรีส่วนใหญ่มีความพึงพอใจทางเพศสัมพันธ์ภายหลังการตัดมดลูก จึงทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ในกลุ่มสตรีภายหลังได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออกกับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดอื่น จำนวนกลุ่มละ 56 คน พบว่า การตัดมดลูกออกทำให้สตรีเกิดกลุ่มอาการภายหลังได้รับการผ่าตัดมากกว่าการผ่าตัดอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า อาการอ่อนเพลีย อาการปวดศีรษะ อาการร้อนวูบวาบ อาการวิงเวียน อาการในระบบทางเดินปัสสาวะ และปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ (Richards, 1974)

การศึกษาสุขภาพของสตรี ในประเด็นเกี่ยวกับผลของการตัดมดลูกต่อสตรีภายหลังการผ่าตัด ของ คาร์ลสัน มิลเลอร์ และฟาวเลอร์ (Carlson, Miller, & Fowler, 1994) โดยศึกษาในสตรีจำนวน 418 คน ที่มีอายุระหว่าง 25-50 ปี ที่ได้รับการตัดมดลูกและ/หรือได้รับการตัดรังไข่ร่วมด้วย และไม่ใช้สาเหตุจากโรคมะเร็ง พบว่า ผลการตัดมดลูกระยะแรกทำให้อาการเจ็บป่วยของสตรีส่วนใหญ่ก่อนได้รับการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ และอาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกรานลดลง แต่ทำให้เกิดปัญหาต่อสตรีบางส่วนภายหลังการผ่าตัด ในระยะหลังการผ่าตัด 6 เดือนและ 12 เดือน ได้แก่ ปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 8 และร้อยละ 4 ตามลำดับ

ท้องผูก ร้อยละ 7 และร้อยละ 6 ตามลำดับ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 23 และร้อยละ 12 ตามลำดับ อาการร้อนวูบวาบ ร้อยละ 11 และร้อยละ 13 ตามลำดับ ขาดความสนใจด้านเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 9 และร้อยละ 7 ตามลำดับ ขาดความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 12 และร้อยละ 1 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12 และร้อยละ 8 ตามลำดับ วิตกกังวล ร้อยละ 8 และร้อยละ 6 ตามลำดับ และความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบเกี่ยวกับความเป็นหญิง ร้อยละ 13 และร้อยละ 3 ตามลำดับ ส่วนปัญหาอื่นๆ ที่พบ เช่น อาการปวดหลัง ปวดข้อ ท้องเสีย นอนไม่หลับ มีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง มีอาการบวม เจ็บตึงเต้านม ปวดศีรษะ และปวดท้อง เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะที่รักษาในโรงพยาบาล พบถึงร้อยละ 7 ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 4 การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 1 การติดเชื้ออื่นๆ ร้อยละ 1 และตกเลือด ร้อยละ 1 อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ ได้สรุปประเด็นของคุณภาพชีวิตสตรีภายหลังการผ่าตัดไว้ว่าการที่อาการเจ็บป่วยของสตรีก่อนได้รับการผ่าตัดลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและ/หรือได้รับการตัดรังไข่ส่วนใหญ่ดีขึ้น ถึงแม้ว่ามีสตรีบางส่วนมีภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาเกิดขึ้นจากการผ่าตัดก็ตาม เช่นเดียวกับการศึกษาของ คาสเปอร์ และเฮิร์น (Casper & Hearn, 1990) ในสตรีที่มีกลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือนรุนแรง และได้รับการรักษาด้วยการตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง จำนวน 14 คน พบว่า ภายหลังผ่าตัดเป็นระยะเวลา 6 เดือน อาการก่อนการผ่าตัดหายไป ทำให้สตรีมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตโดยทั่วไปดีขึ้น และการศึกษาของ แลมบ์เดน ออกเบิร์น-รัสเซลล์ มอร์ กรู๊ป เบลลามี่ และพริช (Lambden, Ogburn-Russell, Moore, Croop, Bellamy, & Preece, 1997) ที่ศึกษาการรับรู้ความสุขของสตรีก่อนและหลังการตัดมดลูกและ/หรือรังไข่ร่วมด้วย จำนวน 178 คน พบว่า ภายหลังการผ่าตัดสตรีมีสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้นกว่าก่อนผ่าตัด จึงทำให้สตรีรับรู้ความสุขภายหลังผ่าตัด ซึ่งการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นการสรุปเฉพาะด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการผ่าตัดเท่านั้น

การศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกของ ลินเนนเบอร์เกอร์ (Linenberger, 1997) ในสตรีจำนวน 65 คน ในด้านร่างกาย ความรู้สึกผิด การมีกิจกรรม และการตัดสินใจในการผ่าตัด ภายหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่า ในสัปดาห์แรกสตรีมีปัญหาด้านร่างกายเกี่ยวกับการหายของแผล และการถูกจำกัดกิจกรรม จึงรู้สึกไม่สุขสบายและเกิดความไม่แน่ใจในการตัดสินใจในการผ่าตัดของตน ภายในระยะเวลา 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด สตรีมีความรู้สึกผิดทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ และในระยะเวลาหลังผ่าตัด 6 เดือน สตรีมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนดีขึ้น จากการศึกษาเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีใน

ด้านร่างกายและจิตใจภายหลังผ่าตัดเท่านั้น ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิต จึงไม่สามารถสรุปคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ได้ชัดเจน

การศึกษาของ โซฟีลด์ เบนเนทท์ เรดแมน วอลเตอร์ส และแซนสัน-ฟิชเชอร์ (Schofield, Bennett, Redman, Walters, & Sanson-Fisher, 1991) เกี่ยวกับการรับรู้ และความพึงพอใจต่อการตัดมดลูกของสตรี ซึ่งศึกษาผลของการตัดมดลูกในระยะยาว ตั้งแต่ 2-10 ปี หลังการผ่าตัด ใช้วิธีการศึกษาแบบสำรวจย้อนหลัง โดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 236 คน ที่ได้รับการตัดมดลูก ในช่วงเวลา 2-10 ปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57 รับรู้ถึงประโยชน์ของการตัดมดลูกต่ออาการเลือดออกมากผิดปกติทางช่องคลอด และมีความพึงพอใจต่อการตัดมดลูกในระดับสูง ถึงแม้ว่าสตรี ร้อยละ 59 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลมาจากการผ่าตัดมดลูกออก เช่น อาการร้อนวูบวาบ ช่องคลอดแห้ง และมีปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนัก เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษานี้ก็ยังไม่มีความชัดเจนที่จะสรุปคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ได้เช่นกัน เนื่องจากการศึกษาเฉพาะด้านความพึงพอใจของสตรีต่อการผ่าตัดเท่านั้น

การศึกษาผลของการตัดมดลูกต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีของ เบิร์นฮาร์ด (Bernhard, 1992a) ในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูก จำนวน 63 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก ในระยะเวลาหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ 3 เดือน และ 2 ปี พบว่า ในระยะเวลาหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ และ 3 เดือน สตรีมีการรับรู้ในด้านบวกต่อการผ่าตัดโดยทั่วไป และการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังผ่าตัด แต่ในระยะเวลา 2 ปีหลังผ่าตัด สตรีมีการรับรู้ต่อการผ่าตัดในด้านบวกลดลง และมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองภายหลังการผ่าตัดเกิดขึ้น ได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ และรอยแผลเป็นหลังผ่าตัด ซึ่งผลการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่า การตัดมดลูกมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีภายหลังผ่าตัดในระยะยาว

ต่อมาเบิร์นฮาร์ด (Bernhard, 1992b) ได้ศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของผู้ชายในเรื่องการตัดมดลูกและผู้หญิงที่ได้รับการผ่าตัด ในผู้ชายจำนวน 25 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ผลกระทบด้านลบของการผ่าตัดด้านจิตใจ สังคม และด้านเพศสัมพันธ์ ในผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก และจำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่า การตัดมดลูกทำให้ผู้ชายทอดทิ้งผู้หญิงที่ได้รับการผ่าตัด เนื่องจากผู้หญิงที่ถูกตัดมดลูกไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป และมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังผ่าตัด ซึ่งจากการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่า ถ้าสามีขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูก อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว และเกิดปัญหาครอบครัวแตกแยก ซึ่งอาจจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ได้

สำหรับในประเทศไทย มีการสำรวจปัญหาของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ ในระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือน ของ ประอรณูช ตุลยทพร และคณะ (2540) พบว่า ปัญหาด้านร่างกายที่พบได้บ่อยมากที่สุด คือ อาการคันและตกขาวทางช่องคลอด อาการท้องเสีย และอาการแสบขัดขณะปัสสาวะ ส่วนปัญหาด้านจิตสังคมที่พบมากที่สุด คือ ความเสียใจที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป และรู้สึกว่าคุณค่าของตนในครอบครัวลดลง และมีปัญหาในด้านเพศสัมพันธ์ในระดับมาก

จะเห็นได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ยังมีจำกัดและส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัญหาจากการผ่าตัดด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ หรือเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถนำมาสรุปคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ได้ชัดเจน ประกอบกับข้อมูลที่ได้ อาจยังไม่ครอบคลุม และไม่เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตโดยใช้กรอบแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ ซึ่งมองคุณภาพชีวิตเป็นองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอึดมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ จะเห็นได้ว่าการตัดมดลูกและรังไข่ ทำให้เกิดผลกระทบต่อสตรีภายหลังได้รับการตัดมดลูกและรังไข่ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากมดลูกและรังไข่ถือว่าเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อสตรีในด้านความเป็นเอกลักษณ์ และสัญลักษณ์ความเป็นหญิง นอกจากนี้ยังเป็นอวัยวะที่สำคัญในการเจริญพันธุ์ เมื่อถูกตัดมดลูกจึงทำให้ความรู้สึที่สตรีมีต่อตนเองภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่เปลี่ยนแปลงไป เกิดความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ สูญเสียอึดมโนทัศน์ สูญเสียบทบาทหน้าที่ในการสืบพันธุ์ สูญเสียบทบาทการเป็นมารดา สูญเสียภาพลักษณ์ในตนเอง สูญเสียความ มั่นใจในตนเอง รวมทั้งเกิดความวิตกกังวลและความโศกเศร้า ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ มีปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะ อาการปวดในช่องเชิงกรานเรื้อรัง ปวดหลัง อ่อนเพลีย ท้องผูก รวมทั้งอาการข้างเคียงจากการได้รับฮอร์โมนทดแทน ส่วนผลกระทบด้านสังคมจากการตัดมดลูกและรังไข่ คือ ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสด้านความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ และเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและสังคมได้ นอกจากนี้การตัดมดลูกและรังไข่ ทำให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจภายหลังการผ่าตัด คือ การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการตัดมดลูกและรังไข่ และการได้รับฮอร์โมนทดแทน รวมทั้งการสูญเสียรายได้ของสตรีและครอบครัวในขณะที่เจ็บป่วย จึงกล่าวได้ว่าการตัดมดลูกและรังไข่ทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังได้รับการผ่าตัดลดลงได้ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ ในระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือน ซึ่งจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ในระยะเวลาดังกล่าว น่าจะมีความแตกต่างกัน