

ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุน

ทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก



นางจุฬารัตน์ สยักุล

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN AGE, EDUCATION, FEMININE- HARDINESS,  
SOCIAL SUPPORT, AND QUALITY OF LIFE AMONG WOMEN  
AFTER HYSTERECTOMY

Mrs. Julaporn Sayoungkul

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University


หัวข้อวิทยานิพนธ์                      ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทน  
ของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรี  
หลังการตัดมดลูก

โดย    นางจุฬารัตน์ สยงกุล

สาขาวิชา                                    พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา                        ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

  
.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุขดี)

  
.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช ไสภาจารย์)

  
.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ)

จุฬารักษ์ สัยกุล : ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรีและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก (RELATIONSHIPS BETWEEN AGE, EDUCATION, FEMININE- HARDINESS, SOCIAL SUPPORT, AND QUALITY OF LIFE AMONG WOMEN AFTER HYSTERECTOMY) อ. ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภณจารย์, 111 หน้า.

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรีและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก และ 3. เพื่อศึกษาความสามารถของอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี การสนับสนุนทางสังคมในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีวัยผู้ใหญ่จำนวน 117 รายที่ได้รับการตัดมดลูก และมารับการตรวจติดตามที่แผนกนรีเวชโรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .87 .88 และ .71 ตามลำดับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แยกส่วนและการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น ผลการวิจัยพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับสูงและรายด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง

2. หลังจากควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับฮอร์โมนทดแทน พบว่าระดับการศึกษาความเข้มแข็งอดทนของสตรี การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .22, .22$  และ  $.38$  ตามลำดับ,  $p < .05$ ) การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

3. หลังจากควบคุมอิทธิพลของการได้รับฮอร์โมนทดแทน อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ได้ร้อยละ 31.00 ( $R^2 = .31$ ;  $F = 9.57$ ,  $p < .05$ ) ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .22, และ .37,  $p < .05$ , respectively) โดยการได้รับฮอร์โมนทดแทนอย่างเดียวสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 12

สาขาวิชา..พยาบาลศาสตร์.....

ลายมือชื่อนิสิต..... จุฬารักษ์ สัยกุล.....

ปีการศึกษา...2550.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... โทษะ ใสธรรมกิจ.....

# # 4877622036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: FEMININE- HARDINESS/ SOCIAL SUPPORT/ QUALITY OF LIFE AMONG WOMEN AFTER HYSTERECTOMY

JULAPORN SAYOUNGKUL: RELATIONSHIPS BETWEEN AGE, EDUCATION, FEMININE-HARDINESS, SOCIAL SUPPORT, AND QUALITY OF LIFE AMONG WOMEN AFTER HYSTERECTOMY. THESIS ADVISOR :

ASST. PROF.CHOMPUNUT SOPAJAREE. Ph.D., 111 pp.

The purposes of this research had three folds, first, to examine quality of life among women after hysterectomy. The second purpose was to examine the relationships between age, education, feminine-hardiness, social support, and quality of life among women after hysterectomy. The third purpose was to examine the abilities of age, education, feminine-hardiness and social support in predicting quality of life among women after hysterectomy. The sample were 117 of adult women who had hysterectomy and received follow-up care at the gynecology clinic at Krabi Hospital, Nakornsrithamarat Hospital, Patalung Hospital, Ranong Hospital, Songkla Hospital and Surajtanee Hospital. Research instruments including feminine-hardiness, social support, and quality of life questionnaires were content validated and tested for their internal consistencies. The Cronbach's alpha reliability coefficient of the questionnaires were .87, .88, and .71, respectively. Data were analyzed and presented using percentage, mean, standard deviation, partial correlation, and hierarchical regression analysis. Major finding were as follows:

1. Women after hysterectomy in this study had high level of quality of life. Three of the four dimensions of quality of life including life satisfaction, self-concept, and socio-economic factors were perceived as high. However, health and functioning was perceived as moderate.

2. Partial correlation controlling for hormone replacement therapy revealed significant positive correlation between education, feminine-hardiness, social support, and quality of life ( $r = .22$ ,  $.22$ , and  $.38$ ,  $p < .05$ , respectively). However, there was no relationship between age and quality of life among women after hysterectomy.

3. After controlling for hormone replacement therapy, all predictors contributed significantly to quality of life ( $R^2 = .31$ ;  $F = 9.57$ ,  $p < .05$ ). Only education and social support contributed significantly to quality of life (Beta =  $.22$ , and  $.37$ ,  $p < .05$ , respectively). Hormone replacement therapy alone provided 12 percents explained variance in quality of life

Field of Study :..Nursing..Science.....

Academic Year :.2007.....

Student's Signature :..... จุฬาลักษณ์ สัยกุล .....

Advisor's Signature :..... โทมัส ไชยภักดิ์ .....



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภากาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และมีค่ายิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจกับผู้วิจัยมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความสามารถ จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุภชาติ และ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุขีวะ ที่กรุณาให้ความรู้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณพยาบาลที่แผนกนรีเวช โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อวิสุทธิ ไกรแสง คุณแม่แจ่มศรี ไกรแสง คู่ชีวิต และน้องสาว ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือทุกสิ่งและส่งเสริมผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา จนสำเร็จการศึกษาครั้งนี้

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ฏ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	14
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
การตัดมดลูกและผลกระทบจากการตัดมดลูกและรังไข่.....	17
คุณภาพชีวิต.....	25
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต.....	34
อายุและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต.....	35
ระดับการศึกษาและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต.....	35
ความเข้มแข็งอดทนและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต.....	36
การสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต.....	41
ปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	51
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	57
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	60
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	75
สรุปผลการวิจัย.....	75
อภิปรายผลการวิจัย.....	76
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	84
รายการอ้างอิง.....	87
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล.....	97
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	102
ภาคผนวก ค หนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยและผลการพิจารณาจริยธรรม..	103
ภาคผนวก ง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน ความเข้มแข็งอดทนของสตรีและการสนับสนุนทางสังคม.....	107
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	111



สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	รายชื่อโรงพยาบาลและจำนวนสตรีหลังการผ่าตัดมดลูก ในปี พ.ศ. 2550.....53
2	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทน ของสตรี และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม.....58
3	ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของสตรีหลังการตัดมดลูก .....63
4	จำนวน ร้อยละของสตรี ที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค วิธีการผ่าตัดและ การรักษา ด้วยฮอร์โมน.....64
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก โดยรวมและรายด้าน.....65
6	ค่าร้อยละ ของระดับคุณภาพชีวิตสตรีหลังการตัดมดลูก.....65
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต ด้านความพึงพอใจในชีวิต.....66
8	ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์.....66
9	ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกาย.....67
10	ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต ด้านสังคมเศรษฐกิจ..... 68
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้และช่วงคะแนนที่เป็นจริงของ ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมของสตรีหลังการตัดมดลูก....69
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกกับวิธี การผ่าตัด.....69
13	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกกับ การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน.....70
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทน ของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก..... 71
15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกกับ ระดับการศึกษา.....72

ตารางที่	หน้า
16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกกับ ระดับความเข้มแข็งอดทนของสตรี.....	72
17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกกับ การสนับสนุนทางสังคม.....	73
18 ผลการการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกจากการรักษาด้วยอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม.....	74
19 ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเข้มแข็งอดทนของสตรี เป็นรายชื่อ.....	107
20 ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความการสนับสนุนทางสังคม เป็นรายชื่อ.....	108

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	51



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตัดมดลูก (Hysterectomy) เป็นการผ่าตัดทางสูติ-นรีเวช ส่วนมากมีสาเหตุหลักจากความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ จากการศึกษาสถิติการตัดมดลูกในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ.1997 พบว่าเท่ากับ 5.6 ต่อประชากร 1,000 คน (Farquhar & Steiner, 2002) สำหรับในประเทศไทยไม่พบรายงานสถิติการตัดมดลูกทั้งประเทศแต่จากการศึกษาสถิติของโรงพยาบาลเช่น ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2537-2539 พบว่ามีสตรีเข้ารับการตัดมดลูกทางหน้าท้องแบบไม่ฉุกเฉินจำนวน 537 ราย (สุวันชัย ชัยรัชนี้บุญและหทัย ถิ่นธรา, 2542) และโรงพยาบาลตรังในปี พ.ศ. 2549 มีสตรีเข้ารับการผ่าตัดมดลูกที่จำนวน 155 คน (โรงพยาบาลตรัง, 2549) ซึ่งจากอาการนำที่พบบ่อยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มได้แก่ ไม่มีอาการ มีอาการปวด มีประจำเดือนผิดปกติ ความรู้สึกไม่สุขสบายในช่องเชิงกราน (Rowe et al., 1999) และมีผลการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะเนื้องอกในมดลูก การมีประจำเดือนมากหรือนาน ภาวะมดลูกโตเล็กน้อย อาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกราน ภาวะเยื่อมดลูกขึ้นผิดที่ มะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น มะเร็งมดลูก มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ เป็นต้น (Dennerstein et al., 1995; Hillard, 1992; Walsgrove, 2001 )

อาการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันก่อนการตัดมดลูกใน 4 ลักษณะได้แก่ มีประจำเดือนมากผิดปกติร้อยละ 25 มีอาการปวดหรือความรู้สึกไม่สุขสบายร้อยละ 28 อ่อนเพลียร้อยละ 8 และมีผลกระทบต่ออารมณ์ (Mood impairment) ร้อยละ 8 (Rowe et al., 1999) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีในช่วงก่อนการตัดมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มที่มีอาการปวดได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มที่มีประจำเดือนมากผิดปกติ ตามมาด้วยกลุ่มที่มีความรู้สึกไม่สุขสบายและกลุ่มที่ไม่มีอาการ โดยสตรีที่มีอาการปวดจะได้รับผลกระทบสูงต่อบทบาทหน้าที่ ความรู้สึกทางเพศ และอารมณ์ความรู้สึก และมีความเสี่ยงก่อนการผ่าตัดสูงที่สุด (Rowe et al., 1999) ดังนั้นการรักษาที่ได้รับความนิยมคือการตัดมดลูก (Hysterectomy) โดยสตรีที่เข้ารับการตัดมดลูกมีความคาดหวังว่าการตัดมดลูกนั้นจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและอาการผิดปกติต่างๆหายไป (Naughton & Mebee, 1997) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าการตัดมดลูกจะเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับโรคทางนรีเวชที่ไม่มีผลกระทบใดๆเลยในสตรีบางราย แต่ว่าการผ่าตัดก็มีผลกระทบต่อสตรีส่วนหนึ่งในหลายด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์และภาวะที่ปรากฏอยู่จริง ซึ่งแสดงออกมาในรูปความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตแต่ละองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อบุคคล และเป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้นๆ (อิวาสา ลีวัธนะ, 2547) และตามแนวคิดคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมองค์ประกอบรอบด้านของ Zhan (1992) พบว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วย ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and functioning) และด้านปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic factors ) ซึ่งเมื่อพิจารณาผลกระทบของการตัดมดลูกต่อคุณภาพชีวิตของสตรีตามแนวคิดนี้พบผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องตามรายด้านดังต่อไปนี้

ในผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต สตรีที่ผ่าตัดมดลูกมีความคาดหวังถึงประโยชน์ของการผ่าตัดต่อการเจ็บป่วยที่เป็นก่อนการผ่าตัด รวมถึงความพึงพอใจในการดำรงชีวิตหลังการผ่าตัด แต่ในบางรายเมื่อเกิดความผิดปกติของร่างกายและจิตใจหลังการผ่าตัดย่อมทำให้ความผาสุกของชีวิตลดลง เนื่องจากการไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งผลการศึกษาของ Carlson และคณะ (1994) ในสตรีจำนวน 418 คน อายุระหว่าง 25-50 ปี เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการผ่าตัดต่อความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ก่อนการผ่าตัด กับความรู้สึกพึงพอใจหลังการผ่าตัดมดลูก 1 ปี พบว่า ถึงแม้สตรีส่วนใหญ่รับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแต่สตรีส่วนหนึ่งยังพบปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาเช่น ร้อยละ 13 มีอาการร้อนวูบวาบ ร้อยละ 12 น้ำหนักตัวเพิ่ม และร้อยละ 8 มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ การผ่าตัดมดลูกยังมีผลกระทบด้านจิตใจและสังคม สตรีส่วนหนึ่งรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการเจริญพันธุ์ เสียใจที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป รู้สึกว่าความสำคัญของตนเองในครอบครัวลดลง (ประอรนุช ตุลยาทร พรรณีภา ธรรมรัช และ จินดา อุไรรัตน์, 2540) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ขี้รำคาญ โมโหง่าย ซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ (สุคนธ์ ไขแก้ว, 2545) บางรายมีความรู้สึกว่าตนเองไม่ถึงจุดความสนใจทางกายหรือมีความขัดแย้งในการมีเพศสัมพันธ์ (हेเทิญ ถิ่นธาวาและฐิติมา สุนทรสัจ, 2546) ซึ่งอาจพบภาวะซึมเศร้าและกังวลได้บ่อยขึ้น ขาดสมาธิในการทำงาน หลงลืม โดยความรุนแรงของอาการขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางครอบครัวและสังคมด้วย (สมบุญรณ์ คุณาธิคมและคณะ, 2548) สำหรับความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ Hartmannและคณะ (2004) พบว่าสตรีร้อยละ 49.3 มีปัญหาและขอรับคำปรึกษาจากแพทย์เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีก นอกจากนี้การศึกษาในสตรีวัยเจริญพันธุ์จำนวน 1,140 คนที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกซึ่ง Leppertและคณะ (2007) ได้ทำการสัมภาษณ์ก่อนและหลังการตัดมดลูก โดยประเมินเกี่ยวกับระดับของความต้องการบุตร รวมถึงประเมินสภาพจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความสับสน รวมถึงความต้องการในการพบจิตแพทย์ และประเมินซ้ำหลังการตัดมดลูกเมื่อ 12 และ 24 เดือน พบว่าก่อนเข้ารับการผ่าตัด



สตรีร้อยละ 10.5 ยังต้องการที่จะมีบุตร และความต้องการนี้ส่งผลต่อสภาพจิตใจหลังการผ่าตัดอย่างมากที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีก สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีหลังการตัดมดลูก 1 ปี จำนวน 28 ราย ที่พบว่าสตรีจำนวน 12 ราย มีภาวะเครียดในระดับไม่รุนแรง อีก 5 รายมีภาวะเครียดในระดับที่รุนแรง และความรุนแรงนี้เพิ่มแปรผันตามความต้องการมีบุตร และ ระดับการสูญเสียหน้าที่ทางเพศ (Kaltreider, 1979) นอกจากนี้ จากการศึกษาของประอรนุช ตุลยาทรและคณะ (2540) สำรวจปัญหาของสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ พบว่า ปัญหาด้านครอบครัวที่พบบ่อย คือ สตรีมีรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อครอบครัวลดลงมาก

สำหรับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ผลการศึกษาพบว่าสตรีแทบทุกรายที่ได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมกับการตัดมดลูก มีการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างรวดเร็วซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการร้อนวูบวาบในสตรี ที่อาจกินเวลาไม่กี่วินาทีหรือนานเป็นชั่วโมง และความถี่ตลอดจนความรุนแรงไม่สม่ำเสมอ เกิดได้ทั้งกลางวันกลางคืน แม้ในขณะหลับ บางรายทำให้นอนไม่หลับ อาจเกิดร่วมกับเหงื่อออก ผิวน้ำร้อน หงุดหงิด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะและอาการใจสั่น มีอาการหน้ามืดเป็นลม (ธีระ ทองสงค์ และคณะ, 2539; สมบูรณ์ คุณาธิคมและคณะ, 2548; Wasaha and Angelopoulos, 1996) ส่วนผลกระทบต่อสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ในระยะยาว เกิดจากการที่ร่างกายขาดเอสโตรเจน ทำให้เกิดการฝ่อและลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศและท่อปัสสาวะ ทำให้ผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศบางลง ขนน้อยลง ปากช่องคลอดแคบ ช่องคลอดหดสั้นลงและแห้ง ผันช่องคลอดบางทำให้เกิดการอักเสบหรือเจ็บปวดเวลาร่วมเพศได้ง่าย ผลกระทบต่อผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแห้งและบางลงเกิดรอยข้ำได้ง่าย คัน เล็บเปราะหักง่าย ผมหร่วง ส่งผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าทำให้มีการติดเชื้อได้บ่อย กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานเสื่อมลงทำให้สูญเสียการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และปัสสาวะบ่อยขึ้น ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดพบว่าสตรีที่ตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้ปริมาณไขมันที่มีความอึดตัวสูง (HDL) ต่ำลง แต่ปริมาณไขมันที่มีความอึดตัวต่ำ (LDL) โคเลสเตอรอลและ ไตรกลีเซอไรด์ สูงขึ้น นอกจากนี้ในรายที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวมาแล้วกลับเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม 1.2-2.0 เท่า ในรายที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน และพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary artery disease) สูงกว่าสตรีในวัยเดียวกันที่ยังไม่หมดระดู (ธีระ ทองสงค์ และคณะ, 2539; สมบูรณ์ คุณาธิคมและคณะ, 2548 ; Wasaha and Angelopoulos, 1996)

ส่วนผลต่อการเปลี่ยนแปลงของกระดูก พบว่าสตรีที่เข้าสู่วัยหมดระดูตามธรรมชาติ (Natural menopause) สูญเสียกระดูกในอัตราร้อยละ 1-2 ต่อปี แต่ในสตรีที่ได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้าง ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยหมดระดู มีการสูญเสียกระดูกในอัตรา 1.8-4.5 ต่อปี เสี่ยงในการเกิด

โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) การศึกษาสตรีหลังการตัดมดลูกหรือการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ไปแล้ว 5 ปี มีอายุระหว่าง 39-45 ปี เปรียบเทียบความลำบากในการทำหน้าที่ทางเพศ การลดความสนใจทางเพศ ผลการศึกษาพบว่าในสตรีหลังตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างจะมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด โดยร้อยละ 80 จะสูญเสียความต้องการทางเพศ ร้อยละ 82 มีความยากลำบากในการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 62 มีอาการช่องคลอดแห้ง (McPherson et al., 2005)

ส่วนผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจสังคม เนื่องจากต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผลกระทบที่เกิดจากการตัดมดลูก และการสูญเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากการรักษาและรับฮอร์โมนทดแทน นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาหลังผ่าตัด ทำให้สตรีต้องหยุดงานอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวและเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานได้ (อัณชลี ตานบุรี, 2543) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการเผชิญปัญหา กับปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีชาวจีนหลังการตัดมดลูกจำนวน 105 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก (Wang et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า สตรีหลังการตัดมดลูกประสบปัญหาคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ซึ่งขัดแย้งกับเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยที่นอกจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้วการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับสภาพคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีหลังตัดมดลูกจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตนี้ พยาบาลต้องทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตจึงจะสามารถให้การส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การศึกษาองค์ความรู้ในปัจจุบันเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสตรีในกลุ่มอื่นนอกเหนือจากการตัดมดลูก พบว่ามีปัจจัยที่หลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ (ยุวดี ธีระศิลป์, 2547; นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) สถานภาพสมรส (ยุวดี ธีระศิลป์, 2547; นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) ระดับการศึกษา (วนิดา รัตนานนท์, 2545; Orem, 2001) การได้รับฮอร์โมนทดแทน (ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์, 2545; Derman et al., 1995) ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในมุมมองของสตรี (Narsavage and Weaver, 1994; Farber et al., 2000; วัลลภา ครุฑแก้ว, 2540; ฉลาด แสงอาทิตย์, 2546) รายได้ (ณัฐริตา เพชรประไพ, 2541; นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) ชนิดการผ่าตัด (Dennerstein et al., 1995; Stovall, 1996) การสนับสนุนทางสังคม (Yen, 2004; Guarantor, 2006; สุภาลักษณ์ เขียวขำ, 2543) เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการผ่าตัดมดลูก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุน

ทางสังคม เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแต่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้เช่น ชนิดของการผ่าตัด เนื่องจากเป็นลักษณะที่มีความใกล้เคียงกันในประชากร ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องเหมือนกัน

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของอายุและระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิต พบว่า อายุ มีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประสบการณ์ และความอดทนต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต จากการศึกษาของ Padilla & Grant (1985) กล่าวว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าบุคคลที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่าทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตได้รวมทั้งมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า สอดคล้องกับนันทกา ภูักณหพันธ์ (2544) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรักษาด้วยรังสีจำนวน 200 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลและมีปัญหาด้านการเงินซึ่งเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในด้านเศรษฐกิจและสังคมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า และระดับการศึกษา เป็นองค์ประกอบหนึ่งในแหล่งประโยชน์ บุคคลที่มีการพัฒนาความรู้และทักษะเมื่อเกิดเหตุการณ์ในชีวิตจะสามารถช่วยให้พบความต้องการของตนเอง และสามารถนำพาตนเองไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Orem, 2001) ดังการศึกษาของ วนิดา รัตนานนท์ (2545) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ส่วนการศึกษาของ ยุวดี ธีระศิลป์ (2547) พบว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้สุขภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้ป่วยดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตยังพบอีกว่า ความเข้มแข็งอดทนของสตรี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยความเข้มแข็งอดทนในมุมมองสตรีประกอบไปด้วย ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย (Strong sense of purpose) ซึ่งมีแรงขับภายในตัวสตรีที่จะทำให้ตนเองรู้สึกเข้มแข็ง แรงขับนั้นเกิดจากความต้องการของบุคคลรอบข้าง เช่น สามี บุตร หรือชุมชน เป็นต้นและความสามารถที่จะอดทน (Ability to endure) เป็นแรงขับภายในมาจากการที่สตรีนั้นมีการยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ให้สามารถปฏิบัติสิ่งต่างๆต่อไปได้แม้มีเหตุการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้นโดยไม่รู้สึกรู้สึท้อแท้ (Craft, 1999) ดังการศึกษาของเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย (2544) กล่าวว่าความเข้มแข็งอดทนของสตรี เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยความเข้มแข็งอดทนเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่ช่วยจัดการกับสถานการณ์วิกฤตของชีวิต เพื่อให้ตนเองอยู่ในภาวะปกติได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Farber และคณะ (2000) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงกว่า มีสภาวะทางจิตใจและ คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ติดเชื้อที่

มีความเข้มแข็งอดทนน้อยกว่า และในการศึกษาของ Solomon และ Temoshok (1987 cited in Byers, 1993) เกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนในผู้ป่วยเอดส์พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเข้มแข็งอดทนในระดับสูงมีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆได้ดีและมีอายุที่ยืนยาวกว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเข้มแข็งอดทนในระดับต่ำ

ส่วนการสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้การเชื่อใจไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นความมีคุณค่า การให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัตถุประสงค์ของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง (House, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของวินิตา รัตนานนท์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด และสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดได้ร้อยละ 22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Han (2003) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และร่วมกับปัจจัยอื่นสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกันได้ร้อยละ 57 สุภาลักษณ์ เขียวขำ (2543) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาข้างต้นพบว่าการศึกษาในประเด็นคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกยังมีจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะผลของการตัดมดลูกในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง (อัษฎชลิ ตาบุรี, 2543) เช่น ความรู้สึกทางเพศ ภาวะจิตใจ และยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกในภาพรวม จึงไม่สามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างครอบคลุมได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกโดยรวมและรายด้านในด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจ



2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

3. เพื่อศึกษาความสามารถของอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกเป็นอย่างไร
2. อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกหรือไม่ อย่างไร
3. อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม มีความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกหรือไม่ อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้มโนทัศน์คุณภาพชีวิตของ Zhan (1992) มโนทัศน์ความเข้มแข็งอดทนในเพศหญิงของ Craft (1999) และมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการศึกษาใช้มโนทัศน์คุณภาพชีวิตประกอบด้วยด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and functioning) และด้านปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic factors) ซึ่งในการศึกษานี้ประยุกต์เป็นคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการตัดมดลูกดังนี้

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) Zhan (1992) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจในทุกด้านของชีวิต การรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จที่ได้รับ เป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงจากเงื่อนไขภายนอก ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และครอบครัว ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูก ความคาดหวังถึงประโยชน์ของการผ่าตัดต่อการเจ็บป่วยที่เป็นก่อนการผ่าตัด รวมถึงความพึงพอใจในการดำรงชีวิตหลังการผ่าตัด แต่เมื่อเกิดความผิดปกติของร่างกายและจิตใจหลังการผ่าตัดย่อมทำให้ความผาสุกของชีวิตลดลง เนื่องจากการไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกระยะเวลา 1 ปี มีการรับรู้ประโยชน์ของการผ่าตัดต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ก่อนการผ่าตัด และรู้สึกพึงพอใจหลังการผ่าตัดมดลูก ถึงแม้สตรีส่วนใหญ่จะรับรู้ถึง



คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแต่สตรีส่วนหนึ่งก็พบปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาเช่น ร้อยละ 13 มีอาการร้อนวูบวาบ ร้อยละ 12 น้ำหนักตัวเพิ่ม ร้อยละ 8 มีภาวะซึมเศร้า (Carlson et al., 1994)

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept) Zhan (1992) กล่าวว่า เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเอง โดยรวมหรือรายด้าน ของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจ รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ประกอบด้วยรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ ความหวัง การยึดมั่นในศาสนา การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกสตรีจะรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการเจริญพันธุ์เสียใจที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป รวมถึงการรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์เพศหญิง ความรู้สึกว่าตนเองไม่ถึงจุดความสนใจทางกายหรือมีความขัดแย้งในการมีเพศสัมพันธ์ รู้สึกว่าความสำคัญของตนเองในครอบครัวลดลง มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ขี้รำคาญ โมโหง่าย ซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ การศึกษาในสตรีวัยเจริญพันธุ์จำนวน 1,140 คนที่เข้ารับการผ่าตัดมดลูกซึ่ง Leppert และคณะ (2007) ได้ทำการสัมภาษณ์ก่อนการผ่าตัดและหลังการตัดมดลูก โดยประเมินเกี่ยวกับระดับของความต้อการบุตร รวมถึงประเมินสภาพจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความสับสน รวมถึงความต้องการในการพบจิตแพทย์ และประเมินซ้ำหลังการตัดมดลูกเมื่อ 12 และ 24 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้ารับการผ่าตัดสตรีร้อยละ 10.5 ยังต้องการที่จะมีบุตร และจะส่งผลต่อสภาพจิตใจหลังการผ่าตัดอย่างมากที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีก

3. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning) Zhan (1992) เป็นการรับรู้ความผาสุกเกี่ยวกับสุขภาพที่ปราศจากโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย สตรีที่ได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมกับการตัดมดลูก ทำให้ร่างกายของฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างรวดเร็วซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการร้อนวูบวาบในสตรี สตรีจะมีความรู้สึกร้อนวูบวาบ มีผื่นแดง อาจมีเหงื่อออกร่วมด้วย ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเวลากลางคืนทำให้รบกวนการนอนหลับ ก่อให้เกิดความเครียด ปวดศีรษะ หงุดหงิด ซึมเศร้าหรืออ่อนเพลีย ส่วนผลกระทบด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ในระยะยาว (ธีระ ทองสงค์ และคณะ, 2539; สมบูรณ์ คุณาธิคมและคณะ, 2548 ; Wasaha and Angelopoulos, 1996) เกิดจากการที่ร่างกายขาดเอสโตรเจน ทำให้เกิดการฝ่อและลดลงของเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพศและท่อปัสสาวะ ทำให้ผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศบางลง ขนน้อยลง ปากช่องคลอดแคบ ช่องคลอดหดสั้นลงและแห้ง ผันช่องคลอดบางทำให้เกิดการอักเสบหรือเจ็บปวดเวลาร่วมเพศได้ง่าย ผลกระทบต่อผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแห้งและบางลงเกิดรอยขี้ไต้ได้ง่าย คัน เล็บเปราะหักง่าย ผมหงอก ส่งผลต่อระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าทำให้มีการติดเชื้อได้บ่อย กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานเสื่อมลงทำให้สูญเสียการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และปัสสาวะบ่อยขึ้น ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

เลือดพบว่าสตรีที่ตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้ปริมาณไขมันที่มีความอิมตัวสูง (HDL) ต่ำลง แต่ ปริมาณไขมันที่มีความอิมตัวต่ำ (LDL) โคเลสเตอรอลและ ไตรกลีเซอไรด์ สูงขึ้น นอกจากนี้ในรายที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวมาแล้วกลับเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม 1.2-2.0 เท่าในรายที่ได้รับฮอร์โมนทดแทน และพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary artery disease) สูงกว่าสตรีในวัยเดียวกันที่ยังไม่หมดระดู

ส่วนผลต่อการเปลี่ยนแปลงของกระดูก พบว่าสตรีที่เข้าสู่วัยหมดระดูตามธรรมชาติ (Natural menopause) สูญเสียกระดูกในอัตราร้อยละ 1-2 ต่อปี แต่ในสตรีที่ได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้าง ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยหมดระดู มีการสูญเสียกระดูกในอัตรา 1.8-4.5 ต่อปี เสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) การศึกษาสตรีหลังการตัดมดลูกหรือการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ไปแล้ว 5 ปี มีอายุระหว่าง 39-45 ปี เปรียบเทียบความลำบากในการทำหน้าที่ทางเพศ การลดความสนใจทางเพศ ผลการศึกษาพบว่าในสตรีหลังตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างจะมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด โดยร้อยละ 80 จะสูญเสียความต้องการทางเพศ ร้อยละ 82 มีความยากลำบากในการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 62 มีอาการช่องคลอดแห้ง (McPherson et al., 2005)

4. ด้านสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic factors) Zhan (1992) กล่าวว่าสังคมเศรษฐกิจคือสถานภาพทางสังคม เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกทางด้านสังคมทั่วไป รวมถึงการศึกษา อาชีพ และรายได้ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผลกระทบที่เกิดจากการตัดมดลูก และการสูญเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากการรักษาและรับฮอร์โมนทดแทน นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาหลังผ่าตัด ทำให้สตรีต้องหยุดงานอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวและเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานได้ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการเผชิญปัญหา กับปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีชาวจีนหลังการตัดมดลูกจำนวน 105 คน ผลการศึกษาพบว่า การโทษตัวเอง การมีงานทำ และค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก (Wang et al., 2007) การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดด้านร่างกายทำให้สตรีต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายเนื่องจากการรับฮอร์โมนทดแทนที่ต้องได้รับติดต่อกันเป็นเวลานานทั้งการรักษาอาการร้อนวูบวาบ การชะลอการเสื่อมของกระดูก ประกอบกับการรักษาด้วยการรับฮอร์โมนทดแทนมีราคาค่อนข้างแพง นอกจากนี้การมารับการรักษาหลังผ่าตัด ทำให้สตรีต้องหยุดงานอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว และเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานได้ (อัญชลี ตาบุรี, 2543)

การทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งผู้วิจัยได้คัดสรรมาศึกษาดังนี้

**อายุ** มีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประสบการณ์ และความอดทนต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต การศึกษาในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและสะโพกที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด (Jones, Voaklander, Johnston, and Suarez-Almazor, 2001) และสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2535) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต แต่ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Padilla & Grant (1985) ที่กล่าวว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าบุคคลที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่าทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตได้ดีรวมทั้งมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาของนันทกา ภูักถนพันธ์ (2544) เช่นกันที่พบว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลและมีปัญหาด้านการเงินซึ่งเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในด้านเศรษฐกิจและสังคมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ในทางตรงกันข้ามประอรนุช ตุลยาทร และคณะ (2540) สำรวจปัญหาของสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ พบว่าสตรีที่มีอายุมากมีปัญหาด้านจิตสังคมซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตในด้านสังคมเศรษฐกิจหลังผ่าตัดมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผลการวิจัย ที่ผ่านมายังมีความแตกต่างกันในทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิต

**ระดับการศึกษา** การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลตนเอง อันจะนำพาบุคคลไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, 2001) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกพบว่ายังมีความจำกัดอย่างไรก็ตาม การศึกษาในสตรีกลุ่มอื่นพบว่าความสัมพันธ์ดังนี้ ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง (วนิดา รัตนานนท์, 2545) การศึกษาของ Hanucharumkul (1988) ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้ความสามารถในการแสวงหาความรู้ หาข้อมูล แผนการรักษาตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆได้ดีกว่าและการศึกษาสูงทำให้บุคคลประกอบอาชีพหน้าที่การงานดีกว่า และการศึกษาของนันทกา ภูักถนพันธ์ (2544) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรักษาด้วยรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferran และ Power (1993) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความคาดหวังต่อเป้าหมายในชีวิตสูง และเมื่อเกิดอุปสรรค

ไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ทำให้รู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วย และ การศึกษาของ ณัฐฐิตา เพชรประไพ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจพิการ พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมักมีความคาดหวังในชีวิตสูง จึงมีโอกาสเกิดความเครียดได้มากกว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อภาวะสุขภาพ จึงมักเกิดความวิตกกังวล กลัวการเจ็บป่วย นอกจากนี้มักมีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานสูง จึงก่อให้เกิดความเครียดที่ไม่สามารถรับผิดชอบต่องานได้ปกติ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจึงประเมินว่าคุณภาพชีวิตของตนเองต่ำ

**ความเข้มแข็งอดทนของสตรี** Craft (1999) ได้กล่าวว่า ความเข้มแข็งอดทนในมุมมองสตรี ประกอบไปด้วย ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย (Strong sense of purpose) ซึ่งมีแรงขับภายในตัวสตรีที่ทำให้ตนเองรู้สึกเข้มแข็ง แรงขับนั้นเกิดจากความต้องการของบุคคลรอบข้าง เช่น สามี บุตร หรือชุมชน เป็นต้น ซึ่งคาดหวังต่อบทบาทหน้าที่ของสตรี ในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้สตรีมองเห็นเป้าหมายหรือภาระที่ตนเองต้องกระทำให้เสร็จสมบูรณ์ และความสามารถที่จะอดทน (Ability to endure) เป็นแรงขับภายในมาจากการที่สตรีนั้นมีการยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ให้สามารถปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ต่อไปได้ แม้จะมีเหตุการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น โดยไม่รู้สึกท้อแท้

ความเข้มแข็งอดทนของสตรี เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยความเข้มแข็งอดทนเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่ช่วยจัดการกับสถานการณ์วิกฤตของชีวิตเพื่อให้ตนเองอยู่ในภาวะปกติได้ (เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนของสตรีกับคุณภาพชีวิตในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกพบว่ายังมีความจำกัดอย่างไรก็ตาม การศึกษาในสตรีกลุ่มอื่นพบว่าความสัมพันธ์นี้การศึกษาของ Lee (1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนกับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคมในผู้ใหญ่ที่อาศัยในชนบทพบว่า ความเข้มแข็งอดทนโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและด้านสังคมซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตในด้านปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ส่วน Lambert, Lambert, และ Klipple (1990) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรคกับความผาสุกด้านจิตใจซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตในด้านอัตมโนทัศน์ในสตรีโรคไขข้ออักเสบ พบว่าความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านจิตใจ และยังเป็นตัวทำนายความผาสุกด้านจิตใจอีกด้วย สอดคล้องกับ Carson และ Green (1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่าความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณ และ



ยังเป็นตัวทำนายความผาสุกด้านจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Farber และคณะ (2000) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงกว่าจะมีสภาวะทางจิตใจ คุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ติดเชื้อที่มีความเข้มแข็งอดทนน้อยกว่า และในการศึกษาของ Solomon และ Temoshok (1987 cited in Byers, 1993) เกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนในผู้ป่วยเอดส์พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเข้มแข็งอดทนในระดับสูงจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดีและมีอายุที่ยืนยาวกว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเข้มแข็งอดทนในระดับต่ำ ซึ่งความเข้มแข็งอดทนเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตในด้านอัตมโนทัศน์ การศึกษาของวัลลภา ครุฑแก้ว (2540) พบว่าความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับการศึกษาของปานจันทร์ จ่างแก้ว (2545) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความเข้มแข็งอดทนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 65 และการศึกษาของฉลาด แสงอาทิตย์ (2546) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Narsavage และ Weaver (1994) ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงจะมีการแก้ปัญหาและอาการที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งอดทนน้อยกว่า และผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงสามารถนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึงการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้การเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นความมีคุณค่า การให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัตถุประสงค์ของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคมจากสามีและบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม เช่น บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ 1.การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเองผลกระทบจากการเจ็บป่วย ความไว้วางใจ ความหวังใย การได้รับฟังสิ่งต่างๆ 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำข้อเท็จจริง แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคำแนะนำหรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย 3.การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน การให้เวลา สิ่งของหรือเงิน และ 4.การสนับสนุนโดยผ่านการประเมินตัดสิน (Appraisal support) เป็นการรับรอง พฤติกรรม ว่าถูกต้องเหมาะสม ให้คำแนะนำเมื่อทำไม่ถูกต้องและ



เปรียบเทียบการกระทำกับผู้อื่นในสังคม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกพบว่ายังมีความจำกัดอย่างไรก็ตาม การศึกษาในสตรีกลุ่มอื่นพบว่าความสัมพันธ์นี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่น การศึกษาของ Guarantor (2006) ศึกษาผลของลักษณะทางสังคม อาการของโรคและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในทหารผ่านศึก พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Han (2003) ที่พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยเหล่านั้นสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกัน ได้ร้อยละ 57 สฎาลักษณ์ เขียวขำ (2543) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์และสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้ โดยผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การพยาบาลสตรีหลังการตัดมดลูกให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก
2. อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้

## ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ สตรีหลังการตัดมดลูกหรือตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างอย่างน้อย 6 เดือน ที่มารับบริการตรวจร่างกายตามนัดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไปของภาคใต้
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีหลังการตัดมดลูกหรือตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างที่มารับบริการตรวจร่างกายตามนัดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลทั่วไปของภาคใต้จำนวน 6 แห่ง
3. ตัวแปรที่ศึกษา
  - 3.1 ตัวแปรต้น คือ อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม
  - 3.2 ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก** หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ ให้ความหมายและประเมินได้ด้วยตนเองซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล ประเมินโดยคะแนนเฉลี่ยรายรวมและรายด้านของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกและรังไข่โดย อัญชลี ตาบุรี (2543) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของZhan (1992) ประกอบด้วย

1.1 **ความพึงพอใจในชีวิต** หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในทุกด้านของชีวิต การรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จที่ได้รับเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงจากเงื่อนไขภายนอก ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และครอบครัว ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูก มีความคาดหวังถึงประโยชน์ของการผ่าตัดต่อการเจ็บป่วยที่เป็นก่อนการผ่าตัด รวมถึงความพึงพอใจในการดำรงชีวิตหลังการผ่าตัด

1.2 **อัตมโนทัศน์** หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อตนเองโดยรวมหรือรายด้าน ของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจ รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ประกอบด้วยรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ ความหวัง การยึดมั่นในศาสนา การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกสตรีจะรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการเจริญ

พันธุ์เสียใจที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป รวมถึงการรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์เพศหญิง ความรู้สึก ว่าตนเองไม่ดึงดูดความสนใจทางกายหรือมีความขัดแย้งในการมีเพศสัมพันธ์รู้สึกว่าคุณค่าของ ตนเองในครอบครัวลดลง มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ซ้ำรำคาญ โมโหง่าย ซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ

**1.3 สุขภาพและการทำหน้าที่** หมายถึง เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกเกี่ยวกับ สุขภาพที่ปราศจากโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ความรู้สึกทางเพศลดลงและการเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ บางรายที่ ได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมกับการตัดมดลูก จะทำให้ร่างกายของฮอริโมนเอสโตรเจนอย่าง รวดเร็วซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการร้อนวูบวาบในสตรี สตรีจะมีความรู้สึกร้อนวูบวาบ มีผื่นแดง อาจมีเหงื่อออกร่วมด้วย ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเวลากลางวันทำให้รบกวนการนอน หลับ ก่อให้เกิดความเครียด ปวดศีรษะ หงุดหงิด ซึมเศร้าหรืออ่อนเพลีย

**1.4 สังคมเศรษฐกิจ** หมายถึง สถานภาพทางสังคม เป็นการรับรู้ถึงความผาสุก ทางจิตใจ ด้านสังคมทั่วไป รวมถึงการศึกษา อาชีพ และรายได้ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผลกระทบที่เกิดจากการตัดมดลูก และ การสูญเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากในการรักษาและรับฮอริโมนทดแทน นอกจากนี้การรับการรักษา หลังผ่าตัด ทำให้สตรีต้องหยุดงานอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวและเกิดปัญหาสัมพันธ์กับ เพื่อนร่วมงานได้

2. **อายุ** หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุของสตรีหลังการตัดมดลูก

3. **ระดับการศึกษา** หมายถึง การศึกษาสูงสุดของสตรีหลังการผ่าตัดมดลูก จำแนก ตามลำดับที่ได้รับการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มคือ 1) ประถมศึกษา 2) มัธยมศึกษา 3) อนุปริญญา 4) ปริญญาตรี 5) สูงกว่าปริญญาตรี

4. **ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในมุมมองสตรี** หมายถึง ลักษณะหรือ คุณสมบัติภายในของสตรีที่ช่วยให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่วิกฤติ เพื่อให้ตนเองสามารถ ดำรงอยู่ในภาวะปกติได้ ประเมินโดยคะแนนรวมของความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพใน มุมมองสตรี ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามเพื่อประเมินความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ ในเพศหญิงของเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย (2544) สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Craft (1999) ประกอบด้วย

4.1 **ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย** หมายถึง แรงขับภายในตัวสตรีที่จะทำให้ ตนเองรู้สึกเข้มแข็งในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้สตรีมองเห็นเป้าหมายหรือ ภาระที่ตนเองต้องกระทำให้เสร็จสมบูรณ์

**4.2 ความสามารถที่จะอดทน** หมายถึง แรงขับภายในมาจากการที่สตรีนั้นมีการยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ให้สามารถปฏิบัติสิ่งต่าง ๆต่อไปได้ แม้จะมีเหตุการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น โดยไม่รู้สึกรำคาญ

**5. การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้การเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นความมีคุณค่า การให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัสดุสิ่งของ หรือบริการต่างๆตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง โดยคะแนนรวมของการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยตัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย

**5.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์** หมายถึง ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ความไว้วางใจ ความห่วงใย การได้รับฟังสิ่งต่างๆ

**5.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร** หมายถึง ได้แก่ การให้คำแนะนำข้อเท็จจริง แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคำแนะนำหรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย

**5.3 การสนับสนุนด้านทรัพยากร** หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้วยวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน

**5.4 การประเมิน** หมายถึง การรับรองพฤติกรรมว่าถูกต้องเหมาะสมให้คำแนะนำเมื่อทำไม่ถูกต้องและ เปรียบเทียบการกระทำกับผู้อื่นในสังคม

**6. สตรีหลังได้รับการตัดมดลูก** หมายถึง หญิงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่ได้รับการตัดมดลูกหรือตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างผ่านทางหน้าท้องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการดูแลสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกเพื่อส่งเสริมให้สตรีหลังการผ่าตัดมดลูกมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการผ่าตัดมดลูก ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการผ่าตัดมดลูก รวมทั้งเป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่นักศึกษาทั้งในระดับปริญญาตรีและโท ในการดูแลสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกที่มีลักษณะเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก รวมทั้งศึกษาความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกจากอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. การตัดมดลูกและผลกระทบจากการตัดมดลูกและรังไข่
2. คุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
  - 3.1 อายุและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
  - 3.2 ระดับการศึกษาและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
  - 3.3 แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทนและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
  - 3.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
  - 3.5 ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การตัดมดลูกและผลกระทบจากการตัดมดลูกและรังไข่

การตัดมดลูก (Hysterectomy) เป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อยในสตรี โดยทั่วไปเป็นการผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคทางนรีเวช สตรีที่ได้รับการตัดมดลูกส่วนใหญ่มีอาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกราน มีประจำเดือนมากหรือนานผิดปกติ ภาวะปวดในอุ้งเชิงกราน (Pelvic discomfort) น้อยลงในมดลูก มดลูกไหลล้นเยื่อเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ หรือมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เช่น มะเร็งมดลูก มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ เป็นต้น (Dennerstein et al., 1995; Hillard, 1992; Walsgrove, 2001; Rowe et al., 1999; สมบูรณ์ คุณาธิคมและคณะ, 2548) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด เช่น ครรภ์ไข่ปลาอุก การตั้งครรภ์นอกมดลูก มดลูกแตก ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น (Carson, 1995; Pokras and Hufnagel, 1988; Stovall, 1996)



## ประเภทของการตัดมดลูก

การตัดมดลูกสามารถแบ่งออกได้ดังนี้ (จตุพล ศรีสมบุญ และคณะ, 2538; Dennerstien et al., 1995)

1. การตัดมดลูกบางส่วน (Subtotal hysterectomy) เป็นการตัดเอามดลูกออกประมาณสองในสามของมดลูกส่วนบน แต่ยังคงเหลือส่วนของปากมดลูกไว้ แต่ถ้าหากการผ่าตัดครั้งนั้นมีการตัดเอาเนื้อเยื่อที่หุ้มล้อมรอบปากมดลูก (Endopelvic facial) ออกด้วยจะเรียกว่า Extrafacial hysterectomy ถ้าไม่เอาเนื้อเยื่อที่หุ้มล้อมรอบปากมดลูกออกจะเรียกว่า Intrafacial hysterectomy

2. การตัดมดลูกออกทั้งหมด (Total hysterectomy) เป็นการตัดมดลูกออกทั้งหมดรวมทั้งส่วนของปากมดลูกด้วย แต่ยังคงเหลือรังไข่และท่อนำไข่ทั้งสองข้าง แล้วเย็บส่วนบนของช่องคลอดบริเวณฟอร์นิกซ์ (Fornix) การตัดมดลูกประเภทนี้ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาโรคทางนรีเวชที่ไม่ใช่โรคมะเร็งโดยสตรียังคงมีฮอร์โมนที่ได้รับจากรังไข่อยู่

3. การตัดมดลูก รังไข่ ท่อนำไข่ ต่อมม่านเหลือง และเนื้อเยื่อบริเวณด้านข้างของมดลูกออกทั้งหมด (Radical hysterectomy or Wertheim's hysterectomy) เป็นการตัดเอามดลูก ปากมดลูก ช่องคลอดส่วนบน ท่อนำไข่และรังไข่ออกทั้งสองข้าง รวมถึงเนื้อเยื่อด้านข้างของมดลูก (Parametrium) และเอ็นยึดรอบมดลูก (Uterosacral ligaments) ออกทั้งหมด การผ่าตัดชนิดนี้มักทำพร้อมกับการตัดท่อนำไข่รังไข่ทั้งสองข้างรวมทั้งเอาต่อมม่านเหลืองในอุ้งเชิงกรานกลุ่มใหญ่ๆ ออกด้วย (Pelvic lymphadectomy) (ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ, อภิชาติโอฬารรัตน์ชัย, 2539)

4. การตัดมดลูกออกทั้งหมดและรังไข่ร่วมด้วย (Total hysterectomy with salpingo-oophorectomy) เป็นการตัดมดลูกออกทั้งหมดร่วมกับการตัดรังไข่และท่อนำไข่ออกข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง การผ่าตัดประเภทนี้มักทำในสตรีที่มีภาวะเจ็บป่วย เช่น การตั้งครภ์นอกมดลูก ภาวะเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ หรือการอักเสบของอุ้งเชิงกราน เป็นต้น (ธีระ ทองสงค์ และคณะ, 2539) โดยเฉพาะการตัดมดลูกร่วมกับการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้าง ปัจจุบันทำเพื่อลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งของรังไข่และป้องกันการลุกลามของโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (Carlson, 1995; Dennerstien et al., 1995; Stovall, 1996)

## วิธีการตัดมดลูก

วิธีการตัดมดลูกที่นิยมในปัจจุบันมี 3 วิธี (Dennerstien et al., 1995; Stovall, 1996, เสวก วีระเกียรติ และ สฤกพรรณ วิไลลักษณ์, 2548)

1. การตัดมดลูกทางหน้าท้อง (Abdominal hysterectomy) เป็นการผ่าตัดที่พบได้บ่อย โดยการผ่าตัดวิธีนี้มักใช้ในการตัดมดลูกร่วมกับการตัดท่อนำไข่ และรังไข่ออกข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง หรือในกรณีที่เนื้องอกมดลูกมีขนาดใหญ่ ภาวะเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ การอักเสบในอุ้งเชิงกราน หรือรายที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งหรือมีพังผืดมาก นอกจากนี้ยังเป็นวิธีที่แพทย์ใช้ในการตัดมดลูกร่วมกับการตรวจอวัยวะภายในช่องท้อง เป็นกระบวนการผ่าตัดที่ไม่ยุ่งยาก ใช้เวลาไม่มาก แผลมักมีขนาด 5-10 เซนติเมตร การเจ็บแผล ตึงตื้อ และโอกาสเกิดไส้เลื่อนบริเวณแผลผ่าตัด (Incisional hernia) มากกว่าการผ่าตัดผ่านกล้อง

2. การตัดมดลูกทางช่องคลอด (Vaginal hysterectomy) เป็นการผ่าตัดที่เหมาะสมกับภาวะมดลูกหย่อนและมดลูกมีขนาดเล็ก ต้องการผ่าตัดตกแต่งช่องคลอด ภาวะมีลำไส้หรือกระเพาะปัสสาวะโผล่ยื่นเข้าไปในช่องคลอด การผ่าตัดด้วยวิธีนี้จะไม่ตัดรังไข่ออก และเป็นวิธีผ่าตัดที่อาศัยความชำนาญในการผ่าตัดเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการทำผ่าตัดขึ้นกับความชำนาญของผู้ผ่าตัดและพยาธิสภาพของผู้ป่วย มีข้อดีคือไม่มีแผลที่หน้าท้องและแผลที่ช่องคลอดมักหายเร็ว

สำหรับวิธีการผ่าตัดมดลูกออกทั้งสองวิธีนี้ วิธีการตัดมดลูกออกทางหน้าท้องได้รับความนิยมมากกว่าวิธีการตัดมดลูกออกทางช่องคลอด แม้ว่าวิธีการตัดมดลูกออกทางช่องคลอดจะมีข้อดีในด้านมีความเจ็บปวดน้อยกว่า เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าและใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่า แต่มีข้อจำกัดคือ ในกรณีที่มดลูกมีขนาดใหญ่ เนื้องอกในมดลูกมีขนาดใหญ่หรือมีจำนวนมากกว่าหนึ่งตำแหน่ง มีพังผืดที่ตัวมดลูกเนื่องจากภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ ภาวะเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่หรือเคยได้รับการตัดมดลูกทางหน้าท้องมาก่อน และภาวะที่มดลูกหย่อนไม่มาก ซึ่งภาวะเหล่านี้ทำให้การตัดมดลูกออกทางช่องคลอดทำได้ยาก (จตุพล ศรีสมบุญ, อภิชาติ โอปารัตนชัย, และ ชเนนทร์ วนารักษ์, 2538; Dennerstien et al., 1995)

3. การตัดมดลูกออกทางช่องคลอดโดยใช้กล้องส่องทางหน้าท้อง (Laparoscopically assisted hysterectomy or Laparovaginal hysterectomy) เป็นวิธีตัดมดลูกออกโดยวิธีใช้กล้องส่องผ่านทางหน้าท้องเข้าไปในช่องท้องเพื่อส่องดูในขณะที่ทำการผ่าตัด และมีเครื่องมือในการตัดมดลูกโดยใช้ความร้อนหรือเลเซอร์ หลังจากนั้นนำมดลูกออกผ่านทางช่องคลอด การผ่าตัดวิธีนี้ต้องอาศัยทีมแพทย์และพยาบาลที่มีทักษะในการใช้กล้องส่องตรวจทางนรีเวชโดยเฉพาะ และการผ่าตัดชนิดนี้ใช้ในกรณีที่มดลูกไม่ขนาดไม่เกิน 14 สัปดาห์ หรือมีภาวะเยื่อโพรงมดลูกชั้นผิดที่ เพื่อเป็นการลดเวลาในการพักฟื้นภายหลังผ่าตัดเหลือเพียง 1-2 วัน อย่างไรก็ตามการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะและต้องใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง มีค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดสูง จึงยังไม่เป็นที่แพร่หลายเท่าใดนัก

## ผลกระทบจากการตัดมดลูกและรังไข่

การตัดมดลูกและรังไข่ส่วนใหญ่ทำเพื่อรักษาโรคทางนรีเวชและภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด ซึ่งผลของการตัดมดลูกและรังไข่นั้นมีทั้งผลดีในด้านการรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยที่สตรีเป็นอยู่ก่อนได้รับการผ่าตัด แต่อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อสตรีภายหลังผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจดังต่อไปนี้

**ผลกระทบด้านร่างกาย** สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Newton, 1988; Stovall, 1996)

1. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด (Intraoperative complications) ได้แก่ การบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง โดยมักเกิดในรายที่มีลักษณะทางกายวิภาคของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานที่ผิดปกติไปจากปกติมากหรือมีพังผืดติดกับอวัยวะดังกล่าว (เสวก วีระเกียรติ และสุกพรรณ วิไลลักษณ์, 2548)

1.1 การบาดเจ็บต่อลำไส้ มักเกิดในรายที่มีพังผืดจำนวนมากยึดติดลำไส้กับอวัยวะในอุ้งเชิงกราน จากภาวะเยื่อเมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) อุ้งเชิงกรานอักเสบเรื้อรังหรือเคยผ่าตัดในอุ้งเชิงกรานมาก่อน ดังนั้นในรายที่มีประวัติหรือสงสัยว่าจะมีโรคดังกล่าวจะต้องเตรียมลำไส้ก่อนผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ หากมีการบาดเจ็บต่อลำไส้ใหญ่โดยเฉพาะกับส่วนปลายของลำไส้ใหญ่

1.2 การตกเลือด ภาวะตกเลือดในระหว่างผ่าตัดนั้นส่วนใหญ่เป็นผลมาจากความล้มเหลวในการผูกยึดเส้นเลือดบริเวณมดลูก การได้รับบาดเจ็บของกระเพาะปัสสาวะขณะผ่าตัดหรือจากเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณนี้ของมดลูก โดยผู้ป่วยร้อยละ 14.5 ต้องได้รับเลือดทดแทน (สุวันชัย ชัยรัตน์บุญ และ หทัย ถินธารา, 2542)

1.3 การบาดเจ็บต่อกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดที่พบได้บ่อยที่สุด และมีอัตราการพบที่สูงขึ้นในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดทางช่องคลอด

1.4 การบาดเจ็บต่อท่อไต อาจเกิดความเสียหายจากการเย็บ การผูก หรือตัดบริเวณท่อไตโดยบังเอิญ ที่ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงอย่างหนึ่งของการตัดมดลูก (จตุพล ศรีสมบุญ และคณะ, 2538) มักพบในรายที่ใช้วิธีผ่าตัดทางหน้าท้องมากกว่าวิธีผ่าตัดทางช่องคลอด ในรายที่มีการบาดเจ็บต่อท่อไตจะเกิดรูรั่วระหว่างท่อไตกับช่องคลอด (Uretero – vaginal fistula) ทำให้มีน้ำปัสสาวะไหลออกมาทางช่องคลอด (เสวก วีระเกียรติ และ สุกพรรณ วิไลลักษณ์, 2548)

1.5 การบาดเจ็บต่อระบบประสาทจากการทำผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่ขา (Femoral nerve) เนื่องจากถูกกดทับเป็นเวลานานในระหว่างการผ่าตัด มักเกิดในรายที่ต้องให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในท่าชันขาหยั่ง (Lithotomy position) ในกรณีการตัดมดลูกทางช่อง

คลอดและการตัดมดลูกด้วยการส่องกล้อง โดยจะทำให้เกิดภาวะบาดเจ็บต่อเส้นประสาทที่ขา (Femoral neuropathy) ได้ เกิดปลายเท้าตก (Footdrop) ชาขา (Paresthesia) แต่หายเองได้ (เสวก วีระเกียรติ และสฤกพรพรณ วิไลลักษณ์, 2548)

## 2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดระยะแรก (Early postoperative complications)

2.1 ภาวะตกเลือด การตกเลือดใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด ส่วนใหญ่เกิดจากเส้นเลือดแดงที่มาเลี้ยงบริเวณมดลูก เส้นเลือดดำบริเวณมดลูก เส้นเลือดบริเวณรังไข่ เส้นเลือดในช่องคลอด กระเพาะปัสสาวะ หรือบริเวณในช่องเชิงกรานที่ถูกตัดออกพร้อมมดลูก มักมีสาเหตุมาจากการหลุดของไหมเย็บที่ผูกห้ามเลือดไว้หรือเกิดจากการห้ามเลือดที่จุดเลือดออกไม่ดีพอ แพทย์จะทำการผ่าตัดอีกครั้งเพื่อค้นหาตำแหน่งที่เลือดออกแล้วให้การช่วยเหลือโดยการเย็บซ่อมแซมหรือผูกยึดเส้นเส้นเลือดในบริเวณนั้น

2.2 ภาวะติดเชื้อ ได้แก่ การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน แผลที่หน้าท้อง แผลที่ช่องคลอด และการติดเชื้อที่ก้อนเลือดคั่ง (Infected hematoma) (เสวก วีระเกียรติและสฤกพรพรณ วิไลลักษณ์, 2548)เกิดจากการปนเปื้อนเชื้อโรคในขณะที่ผ่าตัด มักเกิดภายใน 3-5 วันหลังผ่าตัดและภาวะแผลแยกมักเกิด 4-8 วันหลังผ่าตัดซึ่งเป็นผลมาจากการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด (จตุพล ศรีสมบุญ และคณะ, 2538) ส่วนการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอาจเกิดการติดเชื้อในระหว่างการสวนปัสสาวะในห้องผ่าตัดและการคาสายสวนปัสสาวะ

2.3 ไข้หลังผ่าตัด คือกรณีที่ผู้ป่วยมีไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 4 ชั่วโมงภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ (Unexplained fever) สาเหตุที่พบบ่อยรองลงมาคือการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (เสวก วีระเกียรติและสฤกพรพรณ วิไลลักษณ์, 2548) จากการศึกษาพบว่าภาวะไข้ภายหลังการตัดมดลูกทางหน้าท้องและทางช่องคลอดในโรงพยาบาลขอนแก่นเท่ากับร้อยละ 18.2 และ 11.4 และพบว่าภาวะไข้หายหลังการตัดมดลูกทางหน้าท้องเป็น 2.1 เท่าของการตัดมดลูกทางช่องคลอด (อุษณีย์ สวัสดิ์พาณิชย์, 2548)

2.4 ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินอาหาร พบได้ในสัปดาห์แรกหลังการผ่าตัด ได้แก่ การทะลุของกระเพาะอาหารหรือลำไส้ เยื่อช่องท้องอักเสบ มีอากาศในช่องท้อง ภาวะขยายตัวของกระเพาะอาหารทันที และการอุดตันของลำไส้

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดในระยะหลัง (Late postoperative complications) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดเกิน 24 ชั่วโมง ได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะค้าง ท้องผูก อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวเพิ่ม ปวดเรื้อรังในอุ้งเชิงกรานหลังการผ่าตัด (Carlson, 1995; Dennerstein et al, 1995) โดยภาวะปัสสาวะค้างมักพบในรายที่ทำการตัดมดลูกทางช่องคลอดและทำการเย็บแต่งช่องคลอด อย่างไรก็ตาม

อาจพบได้ในการตัดมดลูกทางหน้าท้องหรือตัดมดลูกด้วยการส่องกล้องแต่ก็จะพบได้น้อยกว่า (เสวก วีระเกียรติและสุกพรพรรณ วิไลลักษณ์, 2548) บางรายจะมีอาการปวดหลังหลังบริเวณบั้นเอวในวันที่สองหลังผ่าตัด จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยตัดมดลูกทางหน้าท้องพบว่าร้อยละ 69 มีอาการปวดปานกลางถึงปวดมาก และร้อยละ 67 รู้สึกทุกข์ทรมานจากการที่ต้องเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 86 มีอาการปวดและร้อยละ 84 มีความทุกข์ทรมานในระดับปานกลางถึงมากก่อนได้รับยาระงับปวดรับประทานครั้งแรก (รัตนา รongทองกุล และคณะ, 2548)

นอกจากนี้การตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ออกทั้งสองข้างมีผลทำให้สตรีเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนก่อนกำหนด เนื่องจากร่างกายขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ได้จากรังไข่อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งจะมีอาการของการหมดประจำเดือนรุนแรงกว่าสตรีที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ โดยผลจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนจะส่งผลต่อร่างกายทุกระบบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

#### 1. ผลกระทบในระยะสั้น (Short-term effects)

การที่ร่างกายขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างรวดเร็ว มีความสัมพันธ์กับอาการร้อนวูบวาบในสตรี สตรีจะมีความรู้สึกร้อนวูบวาบ (Hot flushes) ร่วมกับมีผื่นแดงทันทีที่หน้าบริเวณผิวหนังที่ศีรษะ คอ หน้าอก อาจกินเวลาไม่กี่วินาทีหรือนานเป็นชั่วโมง และความถี่ตลอดจนความรุนแรงไม่สม่ำเสมอ เกิดได้ทั้งกลางวันกลางคืน แต่ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในเวลาากลางคืนจนทำให้รบกวนการนอนหลับของสตรีจนพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดความเครียด ปวดศีรษะ หงุดหงิด บางรายอาจมีภาวะซึมเศร้าหรือเหนื่อยอ่อน เหงื่อออก ผิวน้ำร้อน และอาการใจสั่น มีอาการหน้ามืดเป็นลม ร่วมด้วย (ธีระ ทองสงค์ และคณะ, 2539; สมบูรณ์ คุณาธิคม และคณะ, 2548 ; Wasaha and Angelopoulos, 1996)

#### 2. ผลกระทบในระยะยาว (Long-term effects) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะในระบบต่างๆดังนี้ (ธีระ ทองสงค์ และคณะ, 2539; สมบูรณ์ คุณาธิคม และคณะ, 2548; Wasaha and Angelopoulos, 1996)

##### 2.1 ผลกระทบของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของสตรีมีขนาดเล็กและแบนราบ ผิวน้ำในบริเวณหัวเหน่าเหี่ยวและแฟบ ขนน้อยลง ไขมันใต้ผิวหนังลดลง คลิตอริส (Clitoris) มีขนาดเล็ก แคมเล็กเหี่ยวเล็กน้อย ช่องคลอดสั้นตีบแคบ ผังช่องคลอดหย่อน เยื่อผนังช่องคลอดบางลง มีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง มีสภาพเป็นต่างมากขึ้นเกิดการอักเสบได้ง่าย อาจทำให้เกิดอาการคัน ช่องคลอดอักเสบและเจ็บขณะร่วมเพศได้ นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะรูปร่างและขนาดของเต้านมในทางเสื่อมลงด้วย

##### 2.2 ผลกระทบต่อผิวหนังและขน การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้ทำให้การกักเก็บไขมัน โปรตีนเซียม คอลลาเจน และน้ำในร่างกาย ลดลง ส่งผลให้ผิวหนังเสื่อมลงขาดความตึงตัว



มีรอยย่น ความสามารถในการยืดและหดตัวของเนื้อเยื่อบริเวณผิวหนังลดลงและมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง

2.3 ผลกระทบต่อระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้เกิดการเสื่อมและมีขนาดเล็กลง มีอาการอักเสบติดเชื้อได้บ่อยบริเวณกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อในกระเพาะปัสสาวะเสื่อมลง ทำให้การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะลำบาก กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และปัสสาวะบ่อยขึ้น

2.4 ผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้ปริมาณไขมันที่มีความอิ่มตัวสูง (High density lipoprotein :HDL) ต่ำลง และทำให้ปริมาณไขมันที่มีความอิ่มตัวต่ำ (Low density lipoprotein :LDL) โคเลสเตอรอล ไลโปโปรตีน ไตรกลีเซอไรด์ สูงขึ้น ทำให้สตรีที่ได้รับการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ออกทั้งสองข้างก่อนอายุ 40 ปี เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันสูงกว่าสตรีที่รังไข่ยังทำงานอยู่ถึง 7 เท่า (Wasana and Angelopoulos, 1996)

2.5 ผลกระทบต่อระบบกระดูก ความสำคัญของฮอร์โมนเอสโตรเจนต่อระบบกระดูกคือสร้างความแข็งแรงให้กระดูก ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูดซึมแคลเซียมเข้าสู่กระดูก ยับยั้งการสลายของเนื้อกระดูก และกระตุ้นการสร้างออสติโอเบลาสต์ (Osteoblast) และยับยั้งการทำงานของออสติโอคลาสต์ (Osteoclast) เมื่อฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้ร่างกายสูญเสียแคลเซียมจากกระดูกประมาณร้อยละ 1 ต่อปี ทำให้สตรีเกิดภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) และกระดูกหักง่าย

อาการหรืออาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้าง ปัจจุบันสามารถรักษาโดยการให้ฮอร์โมนทดแทนตั้งแต่ภายหลังผ่าตัด จนถึงวัยหมดประจำเดือนตามธรรมชาติคืออายุประมาณ 50 ปี ซึ่งสามารถลดความรุนแรงของอาการร้อนวูบวาบได้ผลดี และยังเป็น การลดภาวะเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน และกระดูกพรุนได้ดีด้วย แต่การรับฮอร์โมนทดแทนในการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่า 15 ปี จะทำให้สตรีมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะสตรีที่มีประวัติของโรคมะเร็งในครอบครัว (ธีระ ทองสงค์ และคณะ, 2539; สมบูรณ์ คุณาภิคม และคณะ, 2548; Lowdermilk, 1995; Wasaha and Angelopoulos, 1996) นอกจากนั้นยังพบอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยฮอร์โมนได้แก่ อาการเจ็บตึงเต้านม อาการบวม เป็นสิว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีภาวะซึมเศร้า ความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคตับ เป็นนิ่วในถุงน้ำดีและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (ธีระ ทองสงค์ และคณะ, 2539; Wheller, 1994)



### ผลกระทบด้านจิตใจและสังคม

การตัดมดลูกและรังไข่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของสตรีเนื่องจากมดลูกและรังไข่ถือว่าเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อสตรีในด้านความเป็นเอกลักษณ์และสัญลักษณ์ที่แสดงถึงความเป็นหญิงและมีหน้าที่สำคัญในด้านการเจริญพันธุ์ (ประอรนุช และคณะ, 2540; Dennerstein et al, 1995; Williamson, 1992) เมื่อทราบว่าจะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้น ความรู้สึกและความสำนึกในบทบาททางเพศจะกระจ่างชัดเจขึ้น (สุวรรณ ธีรธนาธร, 2544) เนื่องจากการรับรู้ที่เบี่ยงเบนไปของสตรีเกี่ยวกับมดลูก ได้แก่ มดลูกเป็นอวัยวะสำคัญที่แสดงถึงความเป็นเพศหญิง เมื่อไม่มีมดลูกก็ทำให้ไม่แน่ใจในความเป็นผู้หญิงของตนเอง มดลูกเป็นสิ่งสำคัญต่อการถึงจุดสุดยอดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ มดลูกเป็นอวัยวะที่ใช้ในการกำจัดของเสียออกจากร่างกายในช่วงที่มีประจำเดือน ดังนั้น จึงรู้สึกว่าตนสูญเสียสัญลักษณ์และความสามารถทางเพศไป สูญเสียความมั่นใจในตนเองและเกิดความรู้สึกว่าตนไร้คุณค่าหรือไร้สมรรถภาพ รวมทั้งเกิดความวิตกกังวลและโศกเศร้าเนื่องจากได้รับรู้ว่าต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ในการเจริญพันธุ์ สูญเสียบทบาทการเป็นมารดา (Williamson, 1992; ประอรนุช ตุลยาทร พรรณิภา ธรรมวิธ และ จินดา อุไรรัตน์, 2540)

นอกจากนั้นการตัดมดลูกยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคมโดยเฉพาะครอบครัวของสตรีในด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจทางเพศ เนื่องจากคู่สมรสมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์จากการบีบรัดตัวและการเคลื่อนไหวของมดลูกในระยะเล้าโลม รวมทั้งขณะถึงจุดสุดยอด หรือจากการที่อวัยวะเพศฝ่ายชายได้สัมผัสปากมดลูกในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นเมื่อตัดมดลูกออกจึงทำให้คู่สมรสมีความพึงพอใจจากการมีเพศสัมพันธ์ลดลง นอกจากนั้นแล้วผลกระทบที่เกิดจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ผลต่อระบบสืบพันธุ์ที่ทำให้ช่องคลอดแห้ง ผนังช่องคลอดบางลง สตรีเกิดความรู้สึกเจ็บปวดในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ จนส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลงอีกด้วย (Dennerstein et al, 1995) บางรายมีความต้องการทางเพศลดลงอาจเกิดมาจากปัญหาทางจิตใจ เช่น ความรู้สึกที่ตนเองไม่ดึงดูดความสนใจทางกายหรือมีความขัดแย้งในการมีเพศสัมพันธ์(เหทิญ ถิ่นธาราและฐิติมา สุนทรศักดิ์, 2546) ผลกระทบดังกล่าวทำให้สตรีมีความกังวลและกลัวว่าสามีจะไปมีความสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่น ทำให้มีผลต่อภาวะอารมณ์รวมถึงพฤติกรรมที่แสดงออกของสตรี เช่น มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ขี้รำคาญ โมโหง่าย ซึมเศร้า วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ (สุคนธ์ ไขแก้ว, 2545) ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนร่วมงานได้ จากการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศหลังการตัดมดลูกพบว่าสตรีที่ตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ ร้อยละ 49.3 ขอรับคำปรึกษาจากแพทย์เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่รัก (Hartman et al., 2004)

### ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดด้านร่างกายทำให้สตรีต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายเนื่องจากการรับฮอร์โมนทดแทนที่ต้องได้รับติดต่อกันเป็นเวลานานทั้งการรักษาอาการร้อนวูบวาบ การชะลอการเสื่อมของกระดูก ประกอบกับการรักษาด้วยการรับฮอร์โมนทดแทนมีราคาค่อนข้างแพง นอกจากนี้การมารับการรักษาหลังผ่าตัด ทำให้สตรีต้องหยุดงานอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว และเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานได้ (อัญชลี ตราบุรี, 2543) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการเผชิญปัญหา กับปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีชาวจีนหลังการตัดมดลูกจำนวน 105 คน ผลการศึกษาพบว่าการโทษตัวเอง การมีงานทำ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก (Wang et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกอาจต้องเผชิญกับปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และด้านเศรษฐกิจ ทั้งในระยะสั้น ระยะยาว ถึงแม้ว่าการตัดมดลูกจะเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีสำหรับโรคทางนรีเวชและภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์หรือการคลอด มีผลดีในด้านการรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยที่สตรีเป็นอยู่ก่อนได้รับการผ่าตัด ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของรักษาผู้ป่วยที่ว่านอกจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้วการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับสภาพคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) จึงเป็นบทบาทของพยาบาล ในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกสำหรับนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับสตรีหลังการตัดมดลูกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

## 2. คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคล เพราะถ้าบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็น่าจะนำไปสู่การพัฒนาในด้านต่างๆได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ส่วนทางด้านสุขภาพก็ได้นำแนวคิดของคุณภาพชีวิตมากำหนดเป็นเป้าหมายในการให้บริการรักษาพยาบาล โดยเน้นการส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี มิใช่แต่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ( World Health Organization, 1974 cited in Cooley, 1998) หรือกล่าวได้ว่าเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของรักษาผู้ป่วยนอกจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้วการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับสภาพคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) ในส่วนของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือพิการนั้น แม้ไม่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีได้เหมือนเดิม แต่ก็มุ่งเน้นมีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกับภาวะก่อน

การเจ็บป่วยหรือพิการมากที่สุด (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539)

### ความหมายของคุณภาพชีวิต

การให้ความหมายคุณภาพชีวิต ได้ตามการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์และภาวะที่ปรากฏอยู่จริง ซึ่งแสดงออกมาในรูปความพึงพอใจในชีวิต ในแต่ละองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อบุคคล และเป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้นๆ (อิวาซา ลีวัธนะ, 2547) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกถึงความผาสุกของบุคคลซึ่งประเมินได้จากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบของชีวิต โดยที่แต่ละองค์ประกอบนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง สิ่งแวดล้อม ประเพณี วัฒนธรรมของแต่ละสังคมที่บุคคลนั้นมีชีวิตอยู่ (Ferrans and Powers, 1992) Meeberg (1993) ทำการวิเคราะห์หามโนทัศน์คุณภาพชีวิตและพบว่า เป็นความรู้สึกถึงความพึงพอใจเกี่ยวกับชีวิตโดยรวมในทุกๆด้าน รวมถึงด้านจิตใจในแต่ละบุคคลด้วย ซึ่งประเมินโดยการรับรู้ในจิตใจของแต่ละบุคคลว่าตนเองมีชีวิตรอบอยู่ได้โดยที่ไม่มีสิ่งคุกคามและได้รับการตอบสนองของความต้องการพื้นฐานของความเป็นมนุษย์อย่างเพียงพอ ในทำนองเดียวกัน Zhan (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกผาสุกในชีวิตที่บุคคลรับรู้ความหมาย และประเมินได้ด้วยตนเอง ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลนั้นโดยต้องคำนึงถึงภูมิหลังของบุคคล สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมและอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ Ferrell (1996) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลที่ได้มาจากประสบการณ์ชีวิตมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

สำหรับในการศึกษานี้ใช้ความหมายคุณภาพชีวิตของ Zhan (1992) เนื่องจากมีความสอดคล้องและครอบคลุมในสตรีหลังการตัดมดลูก ซึ่งประกอบด้วยด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตรามโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และ ด้านปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีความหลากหลายและซับซ้อน ซึ่งได้มีการศึกษากันอย่างแพร่หลาย โดยมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไปดังนี้

Zhan (1992) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นความรู้สึกพึงพอใจในทุกด้านของชีวิต การรับรู้ถึงสิ่งที่ตนเองครอบครองอยู่ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้ และความสำเร็จที่

ได้รับ เป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงจากเงื่อนไขภายนอก ได้แก่ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สภาพความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม และครอบครัว

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept) เป็นความรู้สึกที่มีต่อตนเองโดยรวมหรือรายด้านของบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง เป็นเรื่องของความผาสุกด้านจิตใจ รวมไปถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ประกอบด้วยรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ ความหวัง การยึดมั่นในศาสนา การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

3. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Health and functioning) เป็นการรับรู้ความผาสุกของร่างกายเกี่ยวกับสุขภาพที่ปราศจากโรคหรือการรบกวน ความสามารถด้านร่างกายในการปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-economic factors) คือสถานภาพทางสังคม เป็นการรับรู้ถึงความผาสุกทาง ด้านสังคมทั่วไป รวมถึงการศึกษา อาชีพ และรายได้ ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต

Ferrell (1996) ได้สรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตจากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งไว้ 4 ด้าน ดังนี้

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

2. ด้านความผาสุกทางจิตใจ (Psychological well-being) เป็นหาวิธีที่จะเผชิญต่อความเจ็บป่วยของบุคคล ให้มีความรู้สึกทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น ในด้านการเผชิญความเครียด ความรู้สึกกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ และการให้ทางเลือกของชีวิต

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

4. ด้านความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) ได้แก่ความหวังและความเชื่อของบุคคลทั้งในด้านศาสนา หรือสิ่งอื่นที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณของบุคคล

The World Health Organization quality of life Group (1996) ได้กำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเจ็บปวดและไม่สุขสบาย ความรู้สึกมีพลัง ความรู้สึกอ่อนล้า การนอนหลับและการพักผ่อน

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) เกี่ยวข้องกับความรู้สึกดีหรือไม่ดีในด้านความคิด การเรียนรู้ ความจำ การมีสมาธิ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และภาพลักษณ์เกี่ยวกับร่างกายทั่วไปของตนเอง

3. ด้านระดับความเป็นอิสระไม่พึ่งพา (Level of independence domain) เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาการรักษาทางการแพทย์ และความสามารถในการทำงาน

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship domain) เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม และการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านร่างกาย สภาพแวดล้อมในบ้าน การได้รับบริการทางสุขภาพและสังคม แหล่งรายได้ โอกาสในการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารการพักผ่อนหย่อนใจหรือการใช้เวลาว่าง การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ เสียง การจราจร สภาพภูมิประเทศ เป็นต้น

6. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เกี่ยวข้องกับความรู้สึทางจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อ

Ferrans (1997) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ถึงความผาสุกและความพึงพอใจของบุคคลที่เป็นองค์รวมขององค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and functioning domain) เกี่ยวข้องกับประโยชน์ที่มีต่อบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลตนเองโดยไม่ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ความสามารถในการดูแลงานที่ตนเองรับผิดชอบในครอบครัว สุขภาพของตนเอง การที่ตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัวและสังคม พลังความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการจัดการความเป็นอยู่ของตนเอง งานอดิเรก การมีชีวิตนานเท่าที่ตนเองต้องการ ชีวิตทางเพศของตนเองและการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. ด้านสังคมเศรษฐกิจ ( Socioeconomic domain) เกี่ยวข้องกับเพื่อน เพื่อนบ้าน กำลังใจที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายนอกครอบครัว การได้ผูกมิตรและการได้เข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น การยอมรับจากเพื่อน ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับการเงิน สภาพบ้านหรือพักอาศัย การศึกษา และการมีงานทำหรือว่างงาน

3. ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological /spiritual domain ) เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเอง ความสุขความสำเร็จ ในเป้าหมายชีวิตส่วนตัว ความสงบสุขในใจ ความเป็นตัวของตัวเอง ความศรัทธาในศาสนา ความหวังในการดำเนินชีวิต ความมั่นคงในชีวิต และความวิตกกังวลในชีวิต

4. ด้านครอบครัว (Family domain) เกี่ยวข้องกับความสุขของครอบครัว บุตร คู่รัก คู่ครอง คู่สมรส สภาพของครอบครัว การช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลภายในครอบครัว และกำลังใจที่ได้รับจากบุคคลในครอบครัว



จากการศึกษาแต่ละแนวคิดว่ามีองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกัน และสำหรับการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan (1992) ทั้งนี้เพราะมีความสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลสตรีหลังการตัดมดลูกแบบของค์รวม โดยคำนึงถึงความพึงพอใจในชีวิต อุตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ เป็นคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตจากการรับรู้ด้วยตนเอง ซึ่งเชื่อว่าเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่ถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดสำหรับศึกษากลุ่มตัวอย่างในสตรีหลังผ่าตัดมดลูก

### การประเมินคุณภาพชีวิต

เนื่องจากการมีแนวความคิดที่หลากหลายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต การประเมินคุณภาพชีวิตจึงมีแตกต่างกันไปด้วย ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ศึกษาต้องให้ความหมายและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ศึกษาอย่างชัดเจนตรงกับวัตถุประสงค์ของเรื่องที่ศึกษา อย่างไรก็ตามได้มีผู้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Frank-Stromberg (1984) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 3 ลักษณะ ได้แก่

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยมีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ (Objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์หรือบุคคลในทีมสุขภาพ เป็นต้น การประเมินจะประเมินเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรม และความเป็นอยู่โดยทั่วไปของผู้ป่วย ซึ่งการประเมินจะได้ผลออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตัวของบุคคลนั่นเอง โดยให้บุคคลประเมินตามความรู้หรือประสบการณ์ในชีวิตของตน เช่น ภาวะเจ็บป่วย ความพึงพอใจชีวิตในด้านต่างๆ เป็นต้น ซึ่งการประเมินจะได้ผลออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยมีข้อมูลเป็นเชิงคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง แต่ให้บุคคลบรรยายเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการประเมินจะได้ผลออกมาเป็นการบรรยาย

Meeberg (1993) ได้เสนอแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 แนวทาง คือ

1. การประเมินด้านวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นการประเมินโดยบุคคลอื่นว่าบุคคลนั้นดำเนินชีวิตด้วยความพอเพียงที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานได้และปราศจากการถูกคุกคาม

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

Cooley (1998) ได้กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตว่ามี 2 ลักษณะ คือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม (Global evaluation) เป็นการประเมินถึงความพึงพอใจในชีวิต และลักษณะความเป็นอยู่ในชีวิตของบุคคล

2. การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related quality of life) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในหลายมิติ ได้แก่ อาการแสดงของโรค อาการข้างเคียงจากการรักษา สมรรถภาพการทำงานที่ของร่างกาย ความผิดปกติด้านจิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพศสัมพันธ์ ภาพลักษณ์ และความพึงพอใจต่อการรักษา

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิต อาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิตดังนี้

Mast (1995) ได้รวบรวมแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยมะเร็งไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินคุณภาพชีวิตจากการโครงสร้างมิติเดียว (Unidimensional measures) เป็นการให้ความหมายและประเมินคุณภาพชีวิตในมิติเดียว เช่น ประเมินความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยด้านใดด้านหนึ่ง การประเมินปัญหาสุขภาพร่างกายหรืออาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เป็นต้น

2. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือในการประเมินแบบเดียว (Multidimensional measures :single scale) เป็นการประเมินคุณภาพในแนวคิดหลายมิติหลายตัวชี้วัด และหลายลักษณะ โดยในการประเมินใช้เครื่องมือในการประเมินเป็นคะแนนรวม

3. การประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติ โดยใช้เครื่องมือในการประเมินหลายชนิด(Multi separate scale) การประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้ ใช้แนวคิดที่ว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติและสามารถประเมินโดยแยกตามลักษณะหรือองค์ประกอบในการประเมินแต่ละด้าน

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีหลังตัดมดลูกหรือตัดมดลูก ร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้าง โดยประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติในเชิงจิตวิสัย เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตจากการรับรู้ด้วยตนเอง เนื่องจากบุคคลย่อมสามารถบ่งชี้คุณภาพชีวิตของตนได้ดีกว่าการประเมินโดยผู้อื่นหรือในเชิงวัตถุวิสัย (Campbell et al., 1976 cited in Meeberg, 1993) และการประเมินคุณภาพชีวิตจากโครงสร้างหลายมิติมีความถูกต้องเหมาะสมกว่าการประเมินเพียงมิติเดียว (Ferrans, 1990) โดยใช้แนวคิดของ Zhan (1992) ที่ประเมินคุณภาพชีวิตจากองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำหน้าที่ของ

ร่างกายและปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ โดยผู้วิจัยดัดแปลงเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตของ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของอัญชลี ตาบุรี (2543) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Zhan (1992) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ความพึงพอใจในชีวิต อุตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ที่ใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีหลังตัดมดลูกและรังไข่ ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงในเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .89 และมีความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยรวม เท่ากับ .92

### คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการผ่าตัดมดลูก

สำหรับคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูก จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบการศึกษาของ อัญชลี ตาบุรี (2543) เรื่องคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่โดยศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีในระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือนภายหลังการผ่าตัด และพบการศึกษาของ ประอรนุชและคณะ (2540) เกี่ยวกับปัญหาของสตรีหลังการตัดมดลูกและรังไข่ ด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกโดยผู้วิจัยนำเสนอตามองค์ประกอบรายด้านของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan (1992) ดังนี้

**ด้านความพึงพอใจในชีวิต** การศึกษาผลของการตัดมดลูกต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีของ Bernhard (1992a) ในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูก พบว่า ในระยะเวลาหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์และ 3 เดือน สตรีมีการรับรู้ในด้านบวกต่อการผ่าตัดโดยทั่วไป แต่ในระยะเวลา 2 ปี หลังการผ่าตัด สตรีมีการรับรู้ต่อการผ่าตัดในด้านบวกลดลง มีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองหลังการผ่าตัดเกิดขึ้นได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและรอยแผลเป็นหลังผ่าตัด การศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีที่ได้รับการตัดมดลูก ของ Linenberger (1997) ในสตรีจำนวน 65 คน ในด้านร่างกาย ความรู้สึกผาสุก การมีกิจกรรมและการตัดสินใจในการผ่าตัด ภายหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่า ในสัปดาห์แรกสตรีมีปัญหาด้านร่างกายเกี่ยวกับการหายของแผลผ่าตัด และการถูกจำกัดกิจกรรม จึงรู้สึกไม่สุขสบายและเกิดความไม่แน่ใจในการตัดสินใจผ่าตัดของตน ที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด สตรีมีความสุขทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ และที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังผ่าตัด สตรีรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น และการศึกษาของ อัญชลี ตาบุรี (2543) ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่จำนวน 80 รายหลังการผ่าตัด 6 เดือนและ 12 เดือน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกระยะเวลา 1 ปี มีการรับรู้ประโยชน์ของการผ่าตัดต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ก่อนการผ่าตัด และรู้สึกพึงพอใจหลังการผ่าตัดมดลูก ถึงแม้สตรีส่วนใหญ่จะรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแต่สตรีส่วนหนึ่งก็พบปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาเช่น ร้อยละ 13 มีอาการร้อนวูบวาบ ร้อยละ 12 น้ำหนักตัวเพิ่ม และร้อยละ 8 มีภาวะซึมเศร้า (Carlson et al., 1994)

**ด้านอัตมโนทัศน์** สำหรับในประเทศไทย มีการสำรวจปัญหาของสตรีหลังการตัดมดลูก และรังไข่ในระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือน ของ ประอรณูช ตุลยาทรและคณะ (2540) ปัญหาทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ พบมากที่สุดคือ ความเสียใจที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป และรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความสำคัญในครอบครัวลดลงมาก การศึกษาสุขภาพของสตรี ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลของการตัดมดลูกต่อสตรีภายหลังการผ่าตัด ของ Carlson, Miller และ Fowler (1994) เกิดปัญหาต่อสตรีบางส่วนภายหลังการผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัด 6 เดือน และ 12 เดือนภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12 และร้อยละ 8 ตามลำดับ วิตกกังวล ร้อยละ 8 และร้อยละ 6 ตามลำดับ และความรู้สึกต่อตนเองในด้านลบเกี่ยวกับความเป็นหญิง ร้อยละ 13 และร้อยละ 3 ตามลำดับ การศึกษาในสตรีวัยเจริญพันธุ์จำนวน 1,140 คนที่จะเข้ารับการผ่าตัดมดลูกซึ่งผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ก่อนการผ่าตัดและหลังการตัดมดลูกไปแล้ว โดยวัดเกี่ยวกับระดับของความต้องการบุตร รวมถึงประเมินสภาพจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความสับสน รวมถึงความต้องการในการพบจิตแพทย์ และประเมินที่ระยะหลังการตัดมดลูกไปแล้ว 12 เดือน และ 24 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ก่อนที่จะเข้ารับการผ่าตัดสตรีร้อยละ 10.5 ยังต้องการที่จะมีบุตร และจะส่งผลต่อสภาพจิตใจหลังการผ่าตัดอย่างมากที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีก (Leppert et al., 2007)

**ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่** การศึกษาสตรีหลังการตัดมดลูกหรือการตัดมดลูก ร่วมกับรังไข่ไปแล้ว 5 ปี มีอายุระหว่าง 39-45 ปี เปรียบเทียบความลำบากในการทำหน้าที่ทางเพศ การลดความสนใจทางเพศ ผลการศึกษาพบว่าในสตรีหลังตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างจะมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด โดยร้อยละ 80 จะสูญเสียความต้องการทางเพศ ร้อยละ 82 มีความยากลำบากในการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 62 มีอาการช่องคลอดแห้ง (McPherson, et al., 2005) นอกจากนี้ การศึกษาของ Proffitt-Rock (1998) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความพึงพอใจทางเพศสัมพันธ์ภายหลังการตัดมดลูกและ/หรือรังไข่ในสตรีจำนวน 126 คน พบว่า มีสตรีถึงร้อยละ 23.1 รายงานการรับรู้ในด้านลบต่อความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ Richards (1974) การศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ในกลุ่มสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกกับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดอื่นพบว่า การตัดมดลูกออกทำให้สตรีเกิดกลุ่มอาการอาการในระบบทางเดินปัสสาวะ และปัญหาทางด้านเพศสัมพันธ์ การศึกษาผลของการตัดมดลูกต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสตรี Bernhard (1992a) ในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกจำนวน 63 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ในระยะเวลาหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ 3 เดือน และ 2 ปี พบว่า ในระยะเวลาหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์และ 3 เดือน สตรีมีการรับรู้ในด้านบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์หลังการผ่าตัด แต่ในระยะเวลา 2 ปี หลังการผ่าตัด มีภาวะวิตกกังวล ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การตัดมดลูกมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีหลังผ่าตัดในระยะยาว ต่อมา Bernhard (1992b) ได้ศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของผู้ชายในเรื่องการตัดมดลูกและผู้หญิงที่ได้รับการผ่าตัดในผู้ชายจำนวน



25 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ผลกระทบด้านลบของการผ่าตัดด้านจิตใจ สังคม และด้านเพศสัมพันธ์ในผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก และจำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่าการตัดมดลูกทำให้ผู้ชายทอดทิ้งผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูกเนื่องจากไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป และปัญหาด้านเพศสัมพันธ์หลังการผ่าตัด จากการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่าถ้าสามีขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูกอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เกิดปัญหาครอบครัวแตกแยก ซึ่งอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีหลังตัดมดลูกและรังไข่ได้ การศึกษาสุขภาพของสตรี ในประเด็นที่เกี่ยวกับผลของการตัดมดลูกต่อสตรีภายหลังการผ่าตัด ของ Carlson, Miller และ Fowler (1994) เกิดปัญหาต่อสตรีบางส่วนภายหลังจากการผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัด 6 เดือน และ 12 เดือนมีอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 11 และ ร้อยละ 13 ตามลำดับ

นอกจากนี้ ในการศึกษาของประอรนุช ตุลยาทรและคณะ (2540) มีการสำรวจปัญหาของสตรีหลังการตัดมดลูกและรังไข่ในระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือน พบว่าสตรีหลังการตัดมดลูกและรังไข่มีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในระดับมาก และพบว่าปัญหาทางด้านร่างกายที่พบได้บ่อยที่สุดคือ อาการคันและตกขาวทางช่องคลอด อาการท้องเสีย อาการแสบขัดขณะปัสสาวะ ส่วนการศึกษาสุขภาพของสตรี ในประเด็นที่เกี่ยวกับผลของการตัดมดลูกต่อสตรีภายหลังการผ่าตัด ของ Carlson, Miller, และ Fowler (1994) ในสตรีจำนวน 418 คน อายุระหว่าง 25-50 ปี ที่ได้รับการตัดมดลูกและ/หรือได้รับการตัดรังไข่ร่วมด้วยและไม่ใช้สาเหตุจากโรคมะเร็ง พบว่า ผลการผ่าตัดมดลูกในระยะแรกทำให้อาการเจ็บป่วยของสตรีส่วนใหญ่ก่อนได้รับการผ่าตัด ได้แก่ ภาวะเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ และอาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกรานลดลง แต่ทำให้เกิดปัญหาต่อสตรีบางส่วนภายหลังจากการผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัด 6 เดือน และ 12 เดือน ได้แก่ ปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 8 และร้อยละ 4 ตามลำดับ ท้องผูก ร้อยละ 7 และร้อยละ 6 ตามลำดับ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 23 และร้อยละ 12 ตามลำดับ ขาดความสนใจด้านเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 12 และร้อยละ 1 ตามลำดับ ส่วนปัญหาอื่นๆที่พบเช่น อาการปวดหลัง ปวดข้อ ท้องเสีย นอนไม่หลับ มีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง มีอาการบวม เจ็บตึงเต้านม ปวดศีรษะ และปวดท้อง เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะที่รักษาในโรงพยาบาล พบถึงร้อยละ 7 ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ร้อยละ 1 และตกเลือด ร้อยละ 1 อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ได้สรุปว่าการตัดมดลูกหรือการตัดมดลูกและรังไข่ทำให้สตรีส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ยังคงมีสตรีส่วนหนึ่งมีภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด

**ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ** การศึกษาของอัญชลี ตานบุรี (2543) พบว่าสตรีมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากในการรับฮอร์โมนทดแทนที่ต้องได้รับติดต่อกันเป็นเวลานานทั้งการรักษาอาการอ่อนเพลีย การชะลอการเสื่อมของกระดูก ประกอบกับการรักษาด้วยการรับฮอร์โมนทดแทนมี



ราคาค่อนข้างแพง นอกจากนี้การมารับการรักษาหลังผ่าตัด ทำให้สตรีต้องหยุดงานอาจส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวและเกิดปัญหาสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานได้ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการเผชิญปัญหา กับปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีชาวจีน หลังการตัดมดลูกจำนวน 105 คน ผลการศึกษาพบว่า การโทษตัวเอง การมีงานทำ และค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก (Wang et al., 2007)

จะเห็นได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกหรือตัดมดลูก ร่วมกับรังไข่ยังมีจำกัดและส่วนมากเป็นการศึกษาเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถนำมาสรุปคุณภาพชีวิตของสตรีได้อย่างครอบคลุม และถึงแม้ว่าการศึกษาดังนั้นจะสรุปว่าสตรีมีคุณภาพชีวิตหลังการตัดมดลูกดีขึ้น แต่ในความเป็นจริงยังจะเห็นได้ว่าสตรีหลังการตัดมดลูกส่วนหนึ่งมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของรักษาผู้ป่วยที่ว่านอกจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้วการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับสภาพคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

การศึกษาองค์ความรู้ในปัจจุบันเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสตรีในกลุ่มอื่นนอกเหนือจากการตัดมดลูก พบว่ามีปัจจัยที่หลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ (ยุวดี ธีระศิลป์, 2547; นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) สถานภาพสมรส (ยุวดี ธีระศิลป์, 2547; นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) ระดับการศึกษา (วนิดา รัตนานนท์, 2545; Orem, 2001) การได้รับฮอร์โมนทดแทน (ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์, 2545; Dermanและคณะ, 1995) ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในมุมมองของสตรี (Narsavage & Weaver, 1994; Farber et al., 2000; วัลลภา ครุฑแก้ว, 2540; ฉลาด แสงอาทิตย์, 2546) ระดับการศึกษา (Orem, 2001; นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) รายได้ (ณัฐจิตา เพชรประไพ, 2541; นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) ชนิดการผ่าตัด (Dennerstein et al., 1995; Stovall, 1996) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม (Yen, 2004; Guarantor, 2006; สุภาลักษณ์ เขียวขำ, 2543) แต่ในงานวิจัยนี้คัดเลือกเฉพาะตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในมุมมองของสตรี การสนับสนุนทางสังคม เพราะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตแต่ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความคล้ายคลึงกันในประชากรที่ศึกษาซึ่งจะได้นำเสนอต่อไปในหัวข้อ 3.5

### 3.1 อายุและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

อายุมีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประสบการณ์ และความอดทนต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต จากการศึกษาของ Padilla และ Grant (1985) กล่าวว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าบุคคลที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่าทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตได้ดีรวมทั้งมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า สอดคล้องกับนันทกา ภูักถนพันธ์ (2544) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรักษาด้วยรังสีจำนวน 200 ราย พบว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุต่างกันอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลและมีปัญหาด้านการเงินซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตในด้านเศรษฐกิจและสังคมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ซึ่งขัดแย้งกับประอรนุช ตุลยาทร และคณะ (2540) ศึกษาการสำรวจปัญหาของสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ พบว่าสตรีที่มีอายุมากมีปัญหาด้านจิตสังคมซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตในด้านสังคมเศรษฐกิจ หลังผ่าตัดมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อย การศึกษาในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและสะโพกที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด (Jones, Voaklander, Johnston, and Suarez-Almazor, 2001) และสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2535) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผลการวิจัย ที่ผ่านมายังมีความแตกต่างกันในทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิต

### 3.2 ระดับการศึกษาและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลตนเอง อันจะนำพาบุคคลไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, 2001) ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง (วนิดา รัตนานนท์, 2545) การศึกษาของ Hanucharunkul (1988) ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้ความสามารถในการแสวงหาความรู้ หาข้อมูล แผนการรักษาตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆได้ดีว่าการศึกษาสูงทำให้บุคคลประกอบอาชีพ และการศึกษาของนันทกา ภูักถนพันธ์ (2544) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรักษาด้วยรังสีรักษา พบว่าคะแนนคุณภาพ

ชีวิตด้านความพึงพอใจ อารมณ์ข้างเคียง และการยอมรับความเจ็บป่วยของกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ จากกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจะสนใจหาความรู้ในเรื่องโรคมากกว่า ดังนั้นจึงสามารถปรับตัวได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ferran และ Power (1993) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือด พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความคาดหวังต่อเป้าหมายในชีวิตสูงและเมื่อเกิดอุปสรรคไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ทำให้รู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิต ทำให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วย และการศึกษาของ ณัฐฐิตา เพชรประไพ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจพิการ พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมักมีความคาดหวังในชีวิตสูง จึงมีโอกาสเกิดความเครียดได้มากกว่า เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อภาวะสุขภาพ จึงมักเกิดความวิตกกังวล กลัวการเจ็บป่วย นอกจากนี้มักมีความรับผิดชอบในหน้าที่การงานสูง จึงก่อให้เกิดความเครียดที่ไม่สามารถรับผิดชอบต่องานได้ปกติ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจึงประเมินว่าคุณภาพชีวิตของตนเองต่ำ

### 3.3 ความเข้มแข็งอดทนและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทน ศึกษาครั้งแรกโดย Kobasa (1979) กล่าวว่า การที่บุคคลประสบเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูงพอๆกัน แต่บางคนสามารถผ่านพ้นภาวะนั้นโดยไม่เกิดการเจ็บป่วย ในขณะที่บางคนมีอาการเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่าง และเรียกลักษณะดังกล่าวว่า ความเข้มแข็งอดทน (Hardiness) โดย Kobasa (1979) ได้ให้ความหมาย ความเข้มแข็งอดทนไว้ว่าเป็นบุคลิกภาพส่วนบุคคลที่ช่วยให้ดำรงภาวะสุขภาพไว้ได้ แม้เผชิญความเครียดในระดับสูง ลักษณะบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนประกอบด้วย

1. ความมุ่งมั่น หมายถึง ความสามารถรู้สึกถึงความเกี่ยวพัน ในการกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิต
2. การมีอำนาจควบคุม หมายถึง ความเชื่อในความสามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลต่อเหตุการณ์ที่ประสบ และ
3. ความท้าทาย หมายถึง การคาดหวังว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งทำให้ตื่นเต้นและก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไป

แนวคิดของ Kobasa เป็นความเข้มแข็งอดทนในสถานการณ์ทั่วไปในชีวิตและสังคม ไม่ได้ชี้เฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Pollock and Duffy, 1990)

Pollock (1986) ให้ความหมายความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพว่า หมายถึงลักษณะของบุคคลที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ตึงเครียดในชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ Craft (1999) ได้ให้ความหมายของความเข้มแข็งอดทนว่า เป็นลักษณะหรือคุณสมบัติภายในของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่วิกฤติ เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงอยู่ในภาวะปกติได้ แต่ได้ตั้งข้อสังเกตว่า ผู้ป่วยที่เป็นสตรีอาจมีมุมมองเกี่ยวกับความ

เข้มแข็งอดทนต่อการเจ็บป่วยแตกต่างไปจากบุรุษ Craft จึงได้นำแนวคิดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพนี้ ไปศึกษาความเข้มแข็งอดทนในมุมมองของสตรี (Feminine hardiness) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งอดทนในมุมมองของสตรีมี 2 องค์ประกอบ คือ ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย (Sense of purpose) และความสามารถที่จะอดทน (Ability to endure) แตกต่างจากความเข้มแข็งอดทนของ Kobasa และความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพของ Pollock ที่ได้ทำการศึกษาไว้ ในการศึกษาความเข้มแข็งอดทนตามแนวคิดของ Craft เนื่องจากมีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรี

### องค์ประกอบของความเข้มแข็งอดทน

ลักษณะของบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนตามแนวคิดของ Kobasa (1979) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ความมุ่งมั่น (Commitment) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อในความจริงของชีวิต มองเห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของสิ่งที่ตนเองกำลังทำอยู่ให้เป็นไปตามเป้าหมายของชีวิตและมีความมุ่งมั่นที่จะมีพลังและดำรงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี
2. ความมีอำนาจควบคุม (Control) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อว่า ตนเองมีความสามารถในการควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือเหตุการณ์ต่างๆ และสามารถจัดการกับเหตุการณ์เหล่านั้นได้
3. ความท้าทาย (Challenge) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความรู้สึกหรือการมองการเปลี่ยนแปลงในชีวิตว่าเป็นสิ่งที่ปกติและเร้าใจ น่าสนใจ ที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไป

Pollock (1986) ได้แบ่งองค์ประกอบความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพเป็น 3 องค์ประกอบได้แก่

1. ความมีอำนาจควบคุมเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related control) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถและมีความมั่นใจที่จะควบคุมภาวะสุขภาพได้อย่างเหมาะสม
2. ความมุ่งมั่นเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related commitment) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพและมีความสามารถที่จะเผชิญกับภาวะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ความท้าทายเกี่ยวกับสุขภาพ (Health-related challenge) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณสามารถประเมินภาวะสุขภาพในอีกมุมมองหนึ่งว่าเป็นสิ่งเร้าที่เชื้อให้เกิดการพัฒนา ไม่ใช่เพียงผลเสียต่อภาวะสุขภาพอย่างเดียว (Pollock and Duffy, 1990)

Craft (1999) ได้กล่าวว่า ความเข้มแข็งอดทนในมุมมองสตรี ประกอบไปด้วย



1. ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย (Strong sense of purpose) ซึ่งมีแรงขับภายในตัวสตรีที่จะทำให้ตนเองรู้สึกเข้มแข็ง แรงขับนั้นเกิดจากความต้องการของบุคคลรอบข้าง เช่น สามี บุตร หรือชุมชน เป็นต้น ซึ่งคาดหวังต่อบทบาทหน้าที่ของสตรี ในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้สตรีมองเห็นเป้าหมายหรือภาระที่ตนเองต้องกระทำให้เสร็จสมบูรณ์

2. ความสามารถที่จะอดทน (Ability to endure) เป็นแรงขับภายในมาจากการที่สตรีนั้นมีการยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ให้สามารถปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ต่อไปได้ แม้จะมีเหตุการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น โดยไม่รู้สึกท้อแท้

### ความเข้มแข็งอดทนในมุมมองสตรี

Craft (1999) ได้ศึกษาความเข้มแข็งอดทนในมุมมองผู้หญิง (Feminine hardiness) ในผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ด้วยวิธีการวิจัยทางคุณภาพแบบทฤษฎีพื้นฐานเชิงปริมาณ ได้พบว่าคุณลักษณะสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมจัดการกับตนเองในขณะที่มีความเจ็บป่วยได้ คือ ความเข้มแข็งอดทน ซึ่งประกอบไปด้วย 2 มิติ คือ ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย และความสามารถที่จะอดทน แต่ละมิติจะประกอบไปด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน คือ การเกิดแรงขับภายใน (Internal dimension) การแสดงออก (Manifestations) และผลลัพธ์ (Outcomes)

มิติที่ 1 คือความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมายมีแรงขับจากความต้องการของบุคคลอื่นทำให้สตรีมีการรับรู้ถึงความสำคัญของตนต่อบุคคลหรือสิ่งรอบข้างได้แก่ สามี บุตร งานหรือชุมชน และกำหนดเป้าหมายของตนเองที่จะต้องกระทำให้สมบูรณ์ การแสดงออกถึงความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย คือ การดูแลตนเอง (Care for self) การปฏิบัติกิจกรรมที่มีความหมาย (Meaningful activities) และความพยายามดำเนินชีวิตตามปกติ (Striving for normalcy) การดูแลตนเอง เป็นการที่สตรีจะเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองก่อนเพื่อให้ตนสามารถอยู่ดูแลคนที่ตนเองรักต่อไปได้ การปฏิบัติกิจกรรมที่มีความหมาย เป็นการที่สตรีเห็นความสำคัญ และเห็นคุณค่าของงานหรือภาระที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ความพยายามดำเนินชีวิตตามปกติ และผลลัพธ์ของความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมายคือการตัดสินใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยต่อไป และความเข้มแข็งภายในตนเองที่เกิดจากการยอมรับในการเจ็บป่วยและสร้างความรู้สึกเข้มแข็งภายในตนเอง

มิติที่ 2 คือความสามารถที่จะอดทนเป็นความสามารถที่ทำต่อไปได้ ถึงแม้จะมีเหตุการณ์รุนแรง โดยที่ไม่เกิดความท้อแท้ มีแรงขับภายในคือการยอมรับความเป็นจริง (Acceptance of reality) ส่งผลให้มีการแสดงออกถึงความสามารถที่จะอดทน คือ ความอดทนต่อความยากลำบากทางร่างกาย การพูดกับตนเองในสิ่งที่ดี การคาดหวังที่เหมาะสม การเลือกกระทำในสิ่งที่ทำได้ การมองโลกในแง่ดีและมีความหวัง ผลลัพธ์ที่ได้จากความสามารถที่จะอดทนคือ มีการเปลี่ยนแปลง



ของสัมพันธภาพของสตรีกับสิ่งต่างๆรอบตัว ซึ่งอาจเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ การเปลี่ยนแปลงมุมมองของชีวิต และความเติบโตทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งความเข้มแข็งของตนนี้จะส่งเสริมให้สตรีมีความอดทนและดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงนั้นได้

### การประเมินความเข้มแข็งอดทน

มีการนำแบบประเมินความเข้มแข็งอดทนมาใช้ในงานวิจัยในประเทศไทยซึ่งสามารถรวบรวมได้ดังนี้

Kobasa (1979) ได้สร้างแบบวัดความเข้มแข็งอดทนและได้มีการพัฒนาแบบวัดความเข้มแข็งอดทนขึ้นในฉบับที่ 1 พบว่ามีจุดอ่อนหลายประเด็นที่ต้องพัฒนา และ ฉบับที่ 2 ยังมีข้อจำกัดในเรื่องข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบไม่เท่ากัน จึงได้มีการพัฒนาแบบวัดความเข้มแข็งอดทนขึ้นในฉบับที่ 3 คือแบบสำรวจความเข้มแข็งอดทน (The Personal Views Survey) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อครอบคลุม 3 องค์ประกอบ ด้านความมุ่งมั่น 16 ข้อ ความมีอำนาจควบคุม 17 ข้อ ความท้าทาย 17 ข้อ อย่างไรก็ตามแบบวัดความเข้มแข็งอดทนตามแนวคิดของ Kobasa เป็นความเข้มแข็งอดทนในสภาพทั่วไป ไม่ได้ชี้เฉพาะเจาะจงกับภาวะสุขภาพ ดังนั้น Pollock และ Duffy (1990) จึงได้สร้างแบบวัดความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพ (Health relate Hardiness Scale) ขึ้น และนำไปทดสอบในผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 389 รายเพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91 โดยในด้านความมุ่งมั่น ความรู้สึกท้าทายและความมีอำนาจควบคุม ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 และต่อมาอีก 6 เดือน ได้หาค่าความเชื่อมั่นซ้ำใน (test-retest) ในกลุ่มตัวอย่าง 150 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 โดยในด้านความมุ่งมั่นและด้านความรู้สึกท้าทาย ค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 และความมีอำนาจควบคุมเท่ากับ .78 ในประเทศไทย นิตยา คงชุม (2539) นำเครื่องมือความเข้มแข็งอดทนไปทดสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยง .75 และวัลภา ครุฑแก้ว (2540) นำเครื่องมือความเข้มแข็งอดทนไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 10 ราย พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80 อย่างไรก็ตามแบบวัดความเข้มแข็งอดทนตามแนวคิดของ Pollock และ Duffy (1990) ไม่ได้เน้นเฉพาะของสตรี ดังนั้น Craft (1999) จึงได้พัฒนาแนวคิดความเข้มแข็งอดทนในมุมมองผู้หญิงขึ้นมาจากการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้หญิงที่เจ็บป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย (2544) ได้นำแบบประเมินความเข้มแข็งอดทนในมุมมองของสตรี ศึกษาในสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม 70 ราย แบบวัดมีข้อคำถาม 26 ข้อ ครอบคลุมทั้ง 2 มิติคือ ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย และความสามารถที่จะอดทน ได้ค่าความตรงของผู้ทรงคุณวุฒิ 0.90 และค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.90 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาคเท่ากับ 0.79 ซึ่งผู้วิจัย ได้นำแบบประเมินในเชิงปริมาณโดย เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, สุจิตรา เทียนสวัสดิ์ และพันทิ เชื้อขาว (เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544) มาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ด้วย

### **ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนกับคุณภาพชีวิต**

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนกับคุณภาพชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยทั้งสองส่วนนี้คือ การศึกษาของปานจันทร์ จ่างแก้ว (2545) ทำการศึกษา เรื่อง การเข้าถึง การดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในขณะที่การเข้าถึงการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ความเข้มแข็งอดทนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 65 ในขณะที่การเข้าถึงการดูแลสุขภาพไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ และการศึกษาของวัลภา ครุฑแก้ว (2540) ศึกษาความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 60 ราย พบว่าความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตนอกจากนี้ Lambert และคณะ (1990) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรคกับความผาสุกด้านจิตใจในสตรีโรคไขข้ออักเสบ จำนวน 122 ราย พบว่าความเข้มแข็งอดทน การสนับสนุนทางสังคม และความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านจิตใจ และยังเป็นตัวทำนายความผาสุกด้านจิตใจอีกด้วย และในการศึกษาของ Lee (1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน กับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมในผู้ใหญ่ที่อาศัยในชนบท พบว่า ความเข้มแข็งอดทนโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ เฉพาะด้านจิตใจและด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย แต่เมื่อพิจารณารายด้านของ ความเข้มแข็งอดทนพบว่า เฉพาะด้านความสามารถในการควบคุมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านความมุ่งมั่นและด้านความท้าทายพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

ผลจากการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าความเข้มแข็งอดทนน่าจะมีสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตในสตรีหลังการตัดมดลูก ซึ่งการทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนกับคุณภาพชีวิตสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตได้อย่างครอบคลุม และเป็นการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม

### 3.4 การสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ ซึ่งได้รับความสนใจจากนักวิจัยเป็นอย่างมาก มีผู้ที่ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนไว้มากมาย ซึ่งส่วนใหญ่จะศึกษาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2 กลุ่มคือ (Callaghan and Morrissey, 1993)

1. ทฤษฎีตัวกันชน (The buffer theory) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะเจ็บป่วย เป็นตัวแทนที่ทำหน้าที่เหมือนกันชนรองรับสถานการณ์เครียดที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล และเป็นแหล่งประโยชน์ในการต้านทานความเครียด ในกลุ่มนี้ยังมีการให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีแนวคิดที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันไป เช่น Caplan (1981) มองการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์และแหล่งต้านทานความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น ทำให้ภาวะวิกฤตลดความรุนแรงลงไป ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้สึกผาสุก และได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่า หมายถึงรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์เครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเป็นกระบวนการที่ได้จากแหล่งประโยชน์ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ ทั้งด้านการเงิน สิ่งของรวมทั้งการให้บริการต่างๆ จะทำให้เกิดความผสมผสานกันระหว่างศักยภาพในการเผชิญปัญหาและความสำเร็จในการเผชิญปัญหาระยะยาว ซึ่งแคปแลนเรียกว่า ความชำนาญหรือสมรรถภาพในการเผชิญปัญหา (Mastery of stress) บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีความชำนาญหรือมีสมรรถภาพในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถปรับตัว เผชิญกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

2. ทฤษฎีความผูกพันรักใคร่ (The attachment theory) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการแสดงถึงความผูกพันรักใคร่ของคน โดยความผูกพันรักใคร่ที่มั่นคงปลอดภัยที่สร้างขึ้นในวัยเด็ก คือพื้นฐานความสามารถของบุคคล ที่สร้างสัมพันธภาพของการสนับสนุนทางสังคมในวัยผู้ใหญ่ (Bowlby, 1971 cited in Callaghan and Morrissey, 1993) ในกลุ่มนี้ยังมีความคิดที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันไป เช่น House (1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้การเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นความมีคุณค่า การให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัตถุประสงค์ของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Orem (1985) กล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ มีความรักใคร่ผูกพัน มีความเป็นเพื่อนและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจและตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมบุคคลนั้น สามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ที่ดีของผู้สูงอายุ ละครอบครัว เพื่อนฝูง ซึ่งน่าจะเป็นการช่วยเสริมการใช้ความสามารถหรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์หรือมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น อันนำมาซึ่งความรู้สึกพึงพอใจและ/หรือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลหรือการช่วยเหลือ ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ที่ช่วยให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และความผาสุกทางด้านจิตใจ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเด็นที่นักวิชาการมีความเห็นสอดคล้องกันคือการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความผาสุกในชีวิต ส่วนในประเด็นที่มีความแตกต่างกันคือกลุ่มหนึ่งมีความคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกันชน หรือเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งมีแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์หรือมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ในส่วนของการศึกษาครั้งนี้ เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการช่วยเหลือสนับสนุนให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทั้งทางด้านด้านข้อมูล วัตถุประสงค์ของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง ที่จะเสริมสร้างพลังความนึกคิดจิตใจ ให้คิดหรือกระทำในสิ่งที่ดีงาม ซึ่งจะส่งผลให้ชีวิตมีความสุขได้

### แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม มีผู้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายประเภท ดังนี้

Caplan (1974) แบ่งกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะของการจัดกลุ่มไว้ 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มมีความรักผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural support system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทหนึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ คู่สมรสและครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง อีกประเภทหนึ่งได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด เช่น เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย และเพื่อนที่ทำงาน
2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุนซึ่งไม่กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ (Organized support directed by caregiving professional) หมายถึงกลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรมอย่างเป็นทางการ โดยอาจเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันเองของคนในชุมชนโดยมี



วัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นโดยมีองค์กรของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมฌาปนกิจ องค์กรทางศาสนา และหน่วยงานทั่วไปของรัฐ

3. กลุ่มบุคคลทางวิชาชีพสุขภาพ (Professional health care workers) หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

Dobrof (1992) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ตามรูปแบบความสัมพันธ์ออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนแบบเป็นทางการ (Formal support) โดยการสนับสนุนจะมาจากองค์กรหน่วยงาน หรือสถาบันที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลทั้งของรัฐและเอกชน
2. การสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการ (Informal support) เป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพันเกี่ยวข้อ ความรักใคร่ระหว่างบุคคล ซึ่งไม่เป็นระบบและไม่ต้องใช้จ่ายเงินเป็นการแลกเปลี่ยน เช่น การสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน มิตรสหาย

Phillips (1991) แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคม ออกตามความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในลักษณะเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น เป็นการสนับสนุนทางสังคมระดับที่เล็กที่สุด ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพาระหว่างบุคคลกับสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ซึ่งอาจเป็นบุคคล เช่น บุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว คู่สมรส บุตรหลาน หรือผู้ดูแล หรือสิ่งอื่นที่อาจไม่ใช่บุคคลก็ได้ เช่น สัตว์เลี้ยง สิ่งของ

2. การสนับสนุนทางสังคมระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพาระหว่างบุคคลกับกลุ่มองค์กรทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

3. การสนับสนุนทางสังคมในระดับเหนือระบบ (Suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่ในชุมชนเดียวกัน ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างบุคคลกับระบบการสนับสนุนทางสังคม ในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทางสังคมหรือโครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมมีหลายประเภทและมีความแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของผู้ทำการศึกษา แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมผสมผสานแนวคิดของ House (1981) คือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การ



ดูแลและทำให้การเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นความมีคุณค่า การให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างคือสตรีหลังการผ่าตัดมดลูก

### รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม

รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงออกถึงความช่วยเหลือในด้านต่างๆที่บุคคลต้องการได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยได้มีการเสนอรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ดังนี้

Caplan (1974 cited in Friedman and King, 1994) แบ่งรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 แบบ ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ การให้คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
2. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความสำคัญ การให้การยกย่อง การยอมรับนับถือ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความเอาใจใส่หรือความรักความผูกพัน
3. การสนับสนุนทางการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล เช่น เงิน แรงงาน สิ่งของ หรือการให้บริการ

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 แบบ ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนได้รับความรัก การดูแล เอาใจใส่ ได้รับความสนิทสนม มีความผูกพันรักใคร่และไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและความรู้สึกมีคุณค่า (Esteem support) เป็นการช่วยเหลือที่บุคคลรับรู้ที่ ตนเองมีคุณค่า และผู้อื่นยอมรับและมองเห็นคุณค่าของตนเอง
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ช่วยให้ผู้รู้สึกว่าตนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของในสังคมของตนด้วย

Jacobson (1986) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 แบบ คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นพฤติกรรมช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลเคารพนับถือยกย่องและให้ความรักดูแลเอาใจใส่
2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive support) เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ หรือคำแนะนำ ที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตน และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการสนับสนุนด้านสิ่งของและการบริการต่างๆที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ความไว้วางใจ ความห่วงใย การได้รับฟังสิ่งต่างๆ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่ การให้คำแนะนำข้อเท็จจริง แนวทางการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคำแนะนำหรือแนวทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในเรื่องอื่นๆ ที่นอกเหนือจากความเจ็บป่วย

3. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้วยการแบ่งเบาภาระงาน การให้เวลา สิ่งของหรือเงิน

4. การสนับสนุนโดยผ่านการประเมินตัดสิน (Appraisal support) เป็นการรับรองพฤติกรรม ว่าถูกต้องเหมาะสม ให้คำแนะนำเมื่อทำไม่ถูกต้องและ เปรียบเทียบการกระทำกับผู้อื่นในสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) สร้างแบบสอบถามจากการดัดแปลงแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ที่ใช้ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยเป็นแบบสัมภาษณ์มีข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านๆละ 5 ข้อ จำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ นำมาใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 100 ราย ได้ค่าดัชนีความตรงกันด้านเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ .94 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .74

### ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต พบว่าการศึกษาของ Han (2003) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศเกาหลีจำนวน 1,748 คน พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยเหล่านั้นสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกันได้ร้อยละ 57 เช่นเดียวกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ (2544) ศึกษาเรื่องรูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแล

ตนเอง และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 29.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Lugton (1997) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาเรื่องธรรมชาติของการสนับสนุนทางสังคมตามประสบการณ์ของผู้หญิงมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้หญิงรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองหลังการผ่าตัด และการศึกษาของ Sammarco (2001) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก รวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้

ในประเทศไทยของ สุภาลักษณ์ เขียวขำ (2543) ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร จำนวน 350 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

### 3.5 ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

#### การได้รับฮอร์โมนทดแทนและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Derman และคณะ (1995) ศึกษาการได้รับฮอร์โมนและกลุ่มยาหลอก ในสตรีอายุ 40-60 ปี พบว่า สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Karlbetg และคณะ (1995) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ใช้ฮอร์โมนทดแทนและกลุ่มที่ได้ยาหลอก พบว่า สตรีที่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก และ Grady (2002) ได้ศึกษาผู้ป่วยหญิงอายุ 60 ปี ซึ่งได้รับการผ่าตัดมดลูกร่วมกับการผ่าตัดรังไข่ทั้ง 2 ข้าง เมื่ออายุ 40 ปี ภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก และมีความวิตกกังวล จึงได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีการศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพระหว่างผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกและได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน กับผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกแต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน โดยศึกษาในสตรีจำนวน 2,540 ราย อายุระหว่าง 35-79 ปี พบว่า ผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกและได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนมีระดับไขมันที่มีความอิมตัวต่ำ (Low density lipoprotein : LDL) ต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกแต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน และมีระดับไขมันที่มีความอิมตัวสูง (High density lipoprotein : HDL) และไตรกลีเซอไรด์ สูงกว่าผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกแต่ไม่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน (Lambert et al., 2003) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ McPherson และ คณะ (2005) ที่ศึกษาผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจำนวน 11,325 คน มดลูกหรือการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ไปแล้ว 5 ปี มีปัญหาเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์มากที่สุด โดยร้อยละ 80 จะสูญเสีย

ความต้องการทางเพศ ร้อยละ 82 มีความยากลำบากในการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 62 มีอาการช่องคลอดแห้ง และวิธีการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทนก็ไม่สามารถลดปัญหาในระยะยาวดังกล่าวลงได้ และการศึกษาของ Dominic และคณะ (2005) ทำการศึกษาผลของการรักษาด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนในสตรีที่หมดประจำเดือนจากการตัดมดลูกต่อ โรคถุงน้ำดี แสดงให้เห็นว่าการรับการรักษาด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนทดแทนหลังการผ่าตัดจะเพิ่มโอกาสในการป่วยเป็น โรคถุงน้ำดี ให้สูงขึ้น

### ชนิดของการผ่าตัดและความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

การศึกษาของ Rohl และคณะ (2008) ที่ทำการศึกษากวาระซิมเศร่าในสตรีจำนวน 1,047 ราย ในกลุ่มสตรีหลังผ่าตัดมดลูก กลุ่มสตรีหลังตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ข้างเดียวและกลุ่มสตรีหลังตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้าง ที่รับการผ่าตัดมาแล้วเป็นระยะเวลา 12 เดือน พบว่ากวาระซิมเศร่าไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของเบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์ (2541) พบว่าการหมดประจำเดือนที่เกิดจากสาเหตุ การได้รับการผ่าตัดรังไข่ทั้งสองข้าง จะทำให้ร่างกายขาดฮอร์โมนอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะในระบบต่างๆ ที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นตัวควบคุมในการทำงาน ทำให้เกิดอาการไม่สุขสบายต่างๆ มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตค่อนข้างรุนแรงกว่าการหมดประจำเดือนตามธรรมชาติ มีการศึกษาพบว่าสตรีที่ได้รับการตัดรังไข่ทั้งสองข้าง ร่วมกับการตัดมดลูก ทำให้ร่างกายของฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างรวดเร็วซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการร้อนวูบวาบในสตรี สตรีจะมีความรู้สึกร้อนวูบวาบ มีผื่นแดง อาจมีเหงื่อออกร่วมด้วย ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเวลากลางคืนทำให้รบกวนการนอนหลับ ก่อให้เกิดความเครียด ปวดศีรษะ หงุดหงิด ซึมเศร้าหรืออ่อนเพลีย ส่วนผลกระทบด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ในระยะยาว (ธีระ ทองสงค์ และคณะ, 2539; สมบูรณ์ คุณาธิคมและคณะ, 2548 ; Wasaha and Angelopoulos, 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีตัวแปรบางตัว เช่น ชนิดของการผ่าตัด (Dennerstein et al., 1995; Stovall, 1996) และการได้รับฮอร์โมนทดแทน (ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์, 2545; Derman et al., 1995) เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ดังรายละเอียด อย่างไรก็ตามจากการสำรวจในประชากรพบว่าส่วนใหญ่สตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ไม่ได้เป็นมะเร็งได้รับการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่และได้รับฮอร์โมนทดแทนดังนั้นในการวิจัยนี้จึงไม่ได้นำมาศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิต

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก มักเป็นการศึกษาของต่างประเทศ ซึ่งทำการศึกษาถึงผลกระทบต่อด้านเพศสัมพันธ์ และปัญหาด้านสุขภาพของสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกและ/หรือได้รับการตัดรังไข่ร่วมด้วย รวมทั้งมีการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ในกลุ่มสตรีภายหลังได้รับการผ่าตัดมดลูกกับกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดอื่น นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ ความพึงพอใจ และผลของการตัดมดลูกต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีที่ได้รับการตัดมดลูก อีกทั้งเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตสตรีก่อนและหลังการตัดมดลูก จนถึงการศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของผู้ชายในเรื่องการตัดมดลูกของสตรี ส่วนการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกในประเทศไทยพบว่ายังมีการศึกษาจำนวนน้อย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

Dennerstein, Wood และ Burrows (1977) ได้ศึกษาผลกระทบต่อด้านเพศสัมพันธ์จากการตัดมดลูกและรังไข่ในสตรีจำนวน 89 ราย โดยวิธีการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการทางเพศ ความสุขทางเพศ ความสามารถในการถึงจุดสุดยอด และอาการเจ็บปวดในขณะร่วมเพศ พบว่าสตรีร้อยละ 37 ของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะความต้องการทางเพศลดลง และไม่มีความสุขทางเพศภายหลังการผ่าตัด ในขณะที่สตรีร้อยละ 34 และร้อยละ 29 มีเพศสัมพันธ์ที่ดีขึ้น และไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการมีเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ

Carlson, Miller และ Fowler (1994) ศึกษาในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกและ/หรือได้รับการตัดรังไข่ร่วมด้วยและไม่ใช้สาเหตุของโรคมะเร็งจำนวน 418 ราย ที่มีอายุระหว่าง 25-50 ปี พบว่า ผลการตัดมดลูกระยะแรกทำให้การเจ็บป่วยของสตรีส่วนใหญ่ก่อนได้รับการผ่าตัด ได้แก่ภาวะเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ และอาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกรานลดลง แต่ทำให้เกิดปัญหาต่อสตรีบางส่วนภายหลังการผ่าตัด ในระยะหลังการผ่าตัด 6 เดือนและ 12 เดือน ได้แก่ปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 8 และร้อยละ 4 ตามลำดับ ท้องผูก ร้อยละ 7 และร้อยละ 6 ตามลำดับ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 23 และร้อยละ 12 ตามลำดับ อาการร้อนวูบวาบ ร้อยละ 11 และร้อยละ 13 ตามลำดับ ขาดความสนใจทางเพศ ร้อยละ 9 และร้อยละ 7 ตามลำดับ ขาดความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 12 และร้อยละ 1 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12 และร้อยละ 8 ตามลำดับ วิตกกังวล ร้อยละ 8 และร้อยละ 6 ตามลำดับ และความรู้สึกลดตนเองในด้านลบเกี่ยวกับความเป็นหญิง ร้อยละ 13 และร้อยละ 3 ตามลำดับ ส่วนปัญหาอื่นๆที่พบ เช่น อาการปวดหลัง ปวดข้อ ท้องเสีย นอนไม่หลับ มีปัญหาเกี่ยวกับผิวหนัง มีอาการบวม เจ็บตึงเต้านม ปวดศีรษะ และปวดท้อง เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นขณะที่รักษาในโรงพยาบาล พบถึงร้อยละ 7 ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 4 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 1 การติดเชื้ออื่น ๆ ร้อยละ 1 และตกเลือด ร้อยละ 1 ผลการศึกษานี้ได้สรุปประเด็นของคุณภาพชีวิต



สตรีภายหลังการผ่าตัดไว้ว่าการที่อาการเจ็บป่วยของสตรีก่อนได้รับการผ่าตัดลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตสตรีภายหลังการผ่าตัดลดลงและ/หรือได้รับการตัดรังไข่ส่วนใหญ่ดีขึ้น ถึงแม้ว่ามีสตรีบางส่วนมีภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาเกิดขึ้นจากการผ่าตัดก็ตาม

Schofield และคณะ (1991) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ และความพึงพอใจต่อการตัดมดลูกของสตรี โดยศึกษาผลการผ่าตัดมดลูกในระยะยาว ตั้งแต่ 2-10 ปี หลังการผ่าตัด ใช้วิธีการศึกษาแบบสำรวจย้อนหลัง ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 236 ราย โดยสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57 รับรู้ถึงประโยชน์ของการตัดมดลูกต่ออาการเลือดออกมากผิดปกติทางช่องคลอด และมีความพึงพอใจต่อการตัดมดลูกในระดับสูง ถึงแม้ว่าสตรีร้อยละ 59 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น อาการร้อนวูบวาบ ช่องคลอดแห้ง และมีปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนักตัว เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ยังไม่มี ความชัดเจนที่จะสรุปคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ เนื่องจากเป็นการศึกษาเฉพาะด้านความพึงพอใจของสตรีต่อการผ่าตัดเท่านั้น

Bernhard (1992a) ศึกษาผลของการตัดมดลูกต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกของ จำนวน 63 ราย โดยสัมภาษณ์เจาะลึก ในระยะเวลาหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ 3 เดือน และ 2 ปี พบว่าในระยะเวลาหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ 3 เดือน สตรีมีการรับรู้ในด้านบวกต่อการผ่าตัด และการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังผ่าตัด แต่ในระยะเวลา 2 ปีหลังผ่าตัด สตรีมีการรับรู้ต่อการผ่าตัดในด้านบวกลดลง และมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองภายหลังการผ่าตัดเกิดขึ้น ได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ และรอยแผลเป็นหลังผ่าตัด การศึกษาี้แสดงให้เห็นว่า การตัดมดลูกมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีภายหลังผ่าตัดในระยะยาว

Bernhard (1992b) ได้ศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของผู้ชายในเรื่องการตัดมดลูกของสตรี ในผู้ชายจำนวน 25 ราย โดยสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ผลกระทบด้านลบของการผ่าตัดด้านจิตใจ สังคม และด้านเพศสัมพันธ์ในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูก และจำนวนครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างแสดงความเห็นว่า การตัดมดลูกทำให้ผู้ชายทอดทิ้งสตรี เนื่องจากสตรีที่ถูกตัดมดลูกไม่สามารถมีบุตรได้ และมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ภายหลังการผ่าตัด การศึกษาี้แสดงให้เห็นว่า ถ้าสามีไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมดลูก อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และเกิดปัญหาครอบครัวแตกแยกได้ อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ได้

Mary และคณะ (1997) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตสตรีก่อนและหลังการตัดมดลูกในระยะ 4 เดือน และ 11 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 ราย ผลการศึกษาพบว่า หลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่า ภาวะสุขภาพดีขึ้น เช่น ความเครียดลดลง การมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นดีขึ้น

Proffitt-Rock (1998) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความพึงพอใจทางเพศสัมพันธ์ภายหลังการตัดมดลูกและ/หรือรังไข่ในสตรีจำนวน 126 คน พบว่า มีสตรีถึงร้อยละ 23.1 รายงานการรับรู้ในด้านลบต่อความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์

McPherson (2005) การศึกษาสตรีหลังการตัดมดลูกหรือการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ไปแล้ว 5 ปี มีอายุระหว่าง 39-45 ปี เปรียบเทียบความลำบากในการทำหน้าที่ทางเพศ การลดความสนใจทางเพศ ผลการศึกษาพบว่าในสตรีหลังตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างจะมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด โดยร้อยละ 80 จะสูญเสียความต้องการทางเพศ ร้อยละ 82 มีความยากลำบากในการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 62 มีอาการช่องคลอดแห้ง

Wang (2007) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการเผชิญปัญหา กับปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีชาวจีนหลังการตัดมดลูกจำนวน 105 คน ผลการศึกษาพบว่า การโทษตัวเอง การมีงานทำ และค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

สำหรับในประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกพบเพียงการศึกษาของ ประอรณัฐ ตูดยาทรรและคณะ (2540) สำรวจปัญหาของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ ในระยะเวลา 6 เดือน 12 เดือน พบว่า ปัญหาด้านร่างกายที่พบบ่อยมากที่สุด คือ อาการคันและตกขาวทางช่องคลอด อาการท้องเสีย และแสบขัดขณะปัสสาวะ ส่วนปัญหาด้านจิตสังคมที่พบมากที่สุด คือ ความเสียใจที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีก และรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองในครอบครัวลดลง และมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ในระดับมาก

อัญชลี ตานบุรี (2543) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่จำนวน 80 ราย ในระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือน คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือนอยู่ในระดับดี และคุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการทำหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านสังคมเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างในระยะเวลา 6 เดือนและ 12 เดือนอยู่ในระดับดี ภายหลังจากผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 12.5 ได้แก่ แผลผ่าตัดอักเสบ ปวดหลังบริเวณบั้นเอว ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และอาการปวดเรื้อรังในช่องเชิงกราน คิดเป็นร้อยละ 3.75, 5.00, 2.50 และ 1.25 ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าสตรีหลังการตัดมดลูกบางส่วนมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของรักษาผู้ป่วยที่ว่านอกจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดแล้วการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้เหมาะสมกับสภาพคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาคุนภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกยังมีจำกัด ส่วนใหญ่ศึกษาปัญหาจากการผ่าตัด

ด้านสุขภาพร่างกาย และจิตใจ หรือเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง ไม่สามารถสรุปคุณภาพชีวิตสตรีหลังการตัดมดลูกได้ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกตามกรอบแนวคิดในแผนภูมิที่ 1 และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก รวมทั้งศึกษาความสามารถในการร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกจากอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ศึกษา** ได้แก่ สตรีหลังการตัดมดลูกหรือตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้าง ที่มารับบริการตรวจร่างกายตามนัดหลังผ่าตัด ที่โรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้

**กลุ่มตัวอย่าง** ได้จากการคัดเลือกประชากร โดยเป็นสตรีหลังการตัดมดลูกที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ ที่ได้รับการตัดมดลูกหรือตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้าง
2. กลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
3. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง
4. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี
5. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

#### การประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงใน สัจจาทาโต, 2549)

$$\text{สูตร } n \square 10K+50$$

$$\text{โดยที่ } n = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$K = \text{จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา} = \text{ตัวแปร 5 ตัวแปร}$$

ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่เหมาะสมในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก คือ  $n \square (10*5) + 50$  ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ควรมี

มากกว่าหรือเท่ากับ 100 คน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 117 คน จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ของประชากร การเลือกกลุ่มตัวอย่างทำโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

**ตารางที่ 1** รายชื่อโรงพยาบาลและจำนวนสตรีหลังการผ่าตัดมดลูก ในปีพ.ศ. 2550

โรงพยาบาลทั่วไป	จำนวนสตรีหลังการตัดมดลูกอย่าง 6 เดือน และมารับบริการตรวจหลังผ่าตัด/เดือน	จำนวนสตรีหลังการสุ่มแบบคนเว้นคน/เดือน
1.โรงพยาบาลกระบี่*	40	20
2.โรงพยาบาลชุมพร	22	11
3.โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช*	50	25
4.โรงพยาบาลนราธิวาส	14	7
5.โรงพยาบาลปัตตานี	24	12
6.โรงพยาบาลพังงา	26	13
7.โรงพยาบาลพัทลุง*	46	23
8.โรงพยาบาลภูเก็ต	48	24
9.โรงพยาบาลยะลา	38	19
10.โรงพยาบาลระนอง*	34	17
11.โรงพยาบาลสงขลา*	26	13
12.โรงพยาบาลสตูล	30	15
13.โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*	38	19
รวม	436	218

\*โรงพยาบาลที่สุ่มเป็นสถานที่ศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 สํารวจจำนวนสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกหรือการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ออกทั้งสองข้างในโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ (ตารางที่ 1)

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ที่เป็นสถานที่ศึกษา โดยสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ใช้วิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยกำหนดคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ของประชากร พิจารณาให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการได้โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ศึกษาจำนวน 6 แห่ง และได้สตรีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน



ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการสุ่มสตรีหลังผ่าตัดมดลูกที่มาใช้บริการในแต่ละโรงพยาบาลด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบคนเว้นคนตามลำดับคิวตรวจ โดยในการวิจัยนี้สุ่มได้คิวเลขคู่เป็นผู้ที่ได้รับการพิจารณาให้เข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

### การสร้างและลักษณะเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ศาสนา จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส การรักษาด้วยฮอร์โมน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกและรังไข่โดย อัญชลี ตาบุรี (2543) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 54 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านสังคมเศรษฐกิจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษาคุณภาพชีวิตและทางพยาบาลสตรี มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 ในการวิจัยนี้ได้ปรับสถานการณ์ในแบบสอบถามให้มีความเฉพาะกับสตรีหลังการตัดมดลูก และตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงประเด็นเนื้อหาของแนวคิดที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) โดยเลือกตอบตั้งแต่มากที่สุด ( 5 คะแนน ) ถึง น้อยที่สุด ( 1 คะแนน ) คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด หรือไม่มีความรู้สึกตามข้อนั้นเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

มากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
มาก	เท่ากับ	4 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
น้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
น้อยที่สุด	เท่ากับ	1 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

มากที่สุด	เท่ากับ	1 คะแนน
มาก	เท่ากับ	2 คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
น้อย	เท่ากับ	4 คะแนน
น้อยที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน

ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นโสด ให้ผู้ตอบแบบสอบถามข้ามข้อคำถามในส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ในด้านที่ 2 อุตมโนทัศน์ข้อที่ 11 ส่วนด้านที่ 3 ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ข้อที่ 10 และ ข้อที่ 11 และในด้านที่ 4 สังคมเศรษฐกิจ ข้อที่ 7 และ ข้อที่ 8 ซึ่งเป็นข้อความที่ถามถึงสามีและการมีเพศสัมพันธ์

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตในการวิจัยครั้งนี้เป็นการเฉลี่ยคะแนนรายรวมและรายด้าน ผู้วิจัยแบ่งเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตเป็น 5 ระดับคือ (ประคอง กรรณสูตร, 2538)

คุณภาพชีวิตสูงมาก	มีค่าเฉลี่ยระหว่าง	4.50-5.00
คุณภาพชีวิตสูง	มีค่าเฉลี่ยระหว่าง	3.50-4.49
คุณภาพชีวิตปานกลาง	มีค่าเฉลี่ยระหว่าง	2.50-3.49
คุณภาพชีวิตต่ำ	มีค่าเฉลี่ยระหว่าง	1.50-2.49
คุณภาพชีวิตต่ำมาก	มีค่าเฉลี่ยระหว่าง	1.00-1.49

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรีผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในเพศหญิงของเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย (2544) ซึ่งเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย สุจิตรา เทียนสวัสดิ์และพันทวี เชื้อขาว (เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544) สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Craft (1999) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย (Strong sense of purpose) และด้านความสามารถที่จะอดทน (Abilities to endure) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์พยาบาลสตรีและด้านสุขภาพจิตที่มีความรอบรู้หรือมีประสบการณ์ใช้แนวคิดความเข้มแข็งอดทน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 ในการวิจัยนี้ ได้ปรับสถานการณ์ในแบบสอบถามให้มีความเฉพาะกับสตรีหลังการตัดมดลูก และตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงประเด็นเนื้อหาของแนวคิดที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) โดยเลือกตอบตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด (1 คะแนน)

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทุกประการ
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนพิจารณาจาก คะแนนแบบวัดความเข้มแข็งอดทนคะแนนเต็มต่ำสุด (25 คะแนน) และคะแนนเต็มสูงสุด (125 คะแนน) กำหนดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้แบ่งวิธีการหาอันตรายภาคขึ้น โดยใช้พิสัย (ประคอง กรรณสูตร, 2538)

ความเข้มแข็งอดทนระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง	25.00-58.30 คะแนน
ความเข้มแข็งอดทนระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง	58.40-91.70 คะแนน
ความเข้มแข็งอดทนระดับสูง	คะแนนระหว่าง	91.80-125.0 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนโดยผ่านการประเมินตัดสิน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์พยาบาลอายุรศาสตร์

และมีประสบการณ์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 ในการวิจัยนี้ได้ปรับสถานการณ์ในแบบสอบถามให้มีความเฉพาะกับสตรีหลังการตัดมดลูก โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงประเด็นเนื้อหาของแนวคิดที่ใช้ในการสร้างเครื่องมือ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว โดยเลือกตอบตั้งแต่ เป็นจริงมากที่สุด (4 คะแนน) ถึง ไม่เป็นความจริง (1 คะแนน)

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
เป็นจริงส่วนใหญ่	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงน้อย
ไม่เป็นความจริง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย

ผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้เลือกเพียง 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	เท่ากับ	4 คะแนน
เป็นจริงส่วนใหญ่	เท่ากับ	3 คะแนน
เป็นจริงน้อย	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่เป็นความจริง	เท่ากับ	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนพิจารณาจาก คะแนนแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม คะแนนเต็มต่ำสุด (20 คะแนน) และคะแนนเต็มสูงสุด (80 คะแนน) กำหนดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้แบ่งวิธีการหาอันตรายภาคขึ้น โดยใช้พิสัย (ประคอง กรรณสูตร, 2538)

การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง 20-40 คะแนน
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 41-60 คะแนน
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง	คะแนนระหว่าง 61-80 คะแนน

### ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามได้แก่ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

1.2 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ที่ผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ข) ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับงานวิจัยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับเนื้อหาสิ่งที่ต้องการวัด หลังจากได้รับแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ดังกล่าว ได้แก่ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์ CVI  $\geq$  0.8 (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2544) จากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาความเห็นชอบอีกครั้ง

## 2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีหลังการตัดมดลูกที่มารับบริการในโรงพยาบาลตรัง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 117 คน แล้ววิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยวิธีการเดียวกันอีกครั้ง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังเสนอในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้ (n=30)	เก็บข้อมูลจริง (n=117)
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต	.76	.71
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี	.88	.87
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	.85	.88

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผ่านขั้นตอนการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและ



โรงพยาบาลระนอง ส่วนที่โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลพัทลุง และ  
โรงพยาบาลสงขลาผ่านขั้นตอนการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
(ภาคผนวก ค)

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่ม  
การพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนรีเวช เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย  
รายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สตรีหลังการตัดมดลูกที่มาใช้บริการตรวจตามนัด

3. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยโดยมีคุณสมบัติ เป็นพยาบาลวิชาชีพและปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วย  
นรีเวช และดำเนินการอบรมผู้ช่วยวิจัยดังนี้

3.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.2 อธิบายแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถามและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

3.3 ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยในกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความ  
เข้าใจที่ถูกต้องก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยในกลุ่มตัวอย่างจริง และจากการเก็บข้อมูลวิจัยใน  
ครั้งนี้พบว่าผู้ช่วยวิจัยสามารถดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ถูกต้องและครบถ้วน

4. จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

4.1 ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากสตรีหลังการตัด  
มดลูกที่มาใช้บริการตรวจตามนัดโดยเก็บข้อมูลคนเว้นคน ใช้เลขคิวคู่

4.2 ผู้ช่วยวิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการ  
เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อสตรีหลังการตัดมดลูกยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยบอก  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและขั้นตอนการวิจัย และสตรีหลังการ  
ตัดมดลูกลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ค)

4.3 หลังจากทีสตรีหลังการตัดมดลูกลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย  
ผู้วิจัยให้สตรีหลังผ่าตัดมดลูกตอบข้อคำถามที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้น  
ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียงตามลำดับดังนี้ 1) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 2)  
แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และขณะที่  
สตรีหลังผ่าตัดมดลูกตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยคอยตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับแบบสอบถามที่  
กลุ่มตัวอย่างสงสัย นอกจากนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมีการกำหนดแนวทางในการประเมินและให้การ  
ช่วยเหลือในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกทางด้านลบและต้องการความช่วยเหลือโดยการพูดให้  
กำลังใจ และให้ข้อมูลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ลดความวิตกกังวล ลดความรู้สึกสะเทือนใจและ  
สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ไม่พบว่ามีสตรีที่รู้สึกทางด้านลบ  
ต่อการตัดมดลูก ในระหว่างการตอบแบบสอบถามอยู่นั้นกลุ่มตัวอย่างบางรายถึงลำดับที่ต้องเข้า  
รับการตรวจก่อนตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างไปรับการตรวจ

ก่อน และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างให้กลับมาตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนอีกครั้ง ภายหลังจากการตรวจ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดี

4.4 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ในกรณีที่ไม่ครบถ้วน ผู้ช่วยวิจัยซักถามถึงเหตุผล อธิบายเพิ่มเติมและหากกลุ่มตัวอย่างไม่ขัดข้อง ผู้ช่วยวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบถ้วนโดยสตรีหลังตัดมดลูกทุกคนยินดีตอบคำถามเพิ่มเติมจนครบถ้วนทั้งหมด

5. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้สตรีหลังผ่าตัดมดลูกที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 117 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ต่อไป

### การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยปกกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ทันที หากไม่ประสงค์จะตอบข้อความอีกต่อไป โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่างและการรักษาของแพทย์ พยาบาล

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง แบบสอบถามทั้งหมดมีความสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 100
2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาให้คะแนนตามกำหนด แล้วนำมาบันทึกโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป
3. หาความเที่ยงของเครื่องมือ (ตารางที่ 2) โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นตั้งแต่.70 ขึ้นไป เป็นค่าต่ำสุดที่ยอมรับได้
4. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ที่ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 การวิเคราะห์ที่ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อทดสอบทดสอบสมมติฐานการวิจัยดังต่อไปนี้

4.2.1 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ ชนิดการผ่าตัด และการได้รับฮอร์โมนทดแทนกับคุณภาพชีวิต เพื่อทำการควบคุมความสัมพันธ์หรืออิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ โดยใช้สถิติ (Statistical control) ซึ่งในการศึกษานี้พบเพียงการได้รับฮอร์โมนทดแทนที่เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อตัวแปรตาม (ตารางที่ 12 และ 13)

4.2.1 สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แยกส่วน (Partial correlation) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่ศึกษากับตัวแปรตามแต่ละคู่โดยควบคุมความสัมพันธ์แทรกซ้อนของการได้รับฮอร์โมนทดแทน และทดสอบการมีนัยสำคัญด้วยสถิติทดสอบ (t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับ .05 กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r) ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2538)

ค่า r	การแปลผล
เมื่อ r เข้าใกล้ 1.00 และสูงกว่า .90	มีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก
เมื่อ r = .70 ถึง .89	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
เมื่อ r = .30 ถึง .69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
เมื่อ r = .29 และต่ำกว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

4.2.3 สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis) โดยควบคุมอิทธิพลของการได้รับฮอร์โมนทดแทน และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรตาม ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณโดยทดสอบค่า F รวม (Overall F-test) จากนั้นคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) และใช้สถิติทดสอบ t ในการทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์ถดถอย โดยทดสอบว่าค่า Beta ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวจะส่งผลต่อตัวแปรตาม

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกโดยรวม และรายด้านในด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก และ 3) ศึกษาตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 117 ราย เป็นสตรีหลังการตัดมดลูกหรือตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างไปแล้วอย่างน้อย 6 เดือนที่มารับบริการตรวจร่างกายตามนัดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยนอกแผนกนรีเวช โรงพยาบาลทั่วไปของภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลกระบี่ จำนวน 20 ราย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 19 ราย โรงพยาบาลสงขลา จำนวน 13 ราย โรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 23 ราย โรงพยาบาลระนอง จำนวน 17 ราย โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช จำนวน 25 ราย ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม รวมจำนวนแบบสอบถามทั้งสิ้น 95 ข้อ กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย เรียงตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

ตอนที่ 4 การพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกจากการได้รับฮอร์โมนทดแทน อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสตรีหลังการตัดมดลูก จำนวน 117 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.97 ปี (SD=5.54) โดยมีอายุต่ำสุด 28 ปี และสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีบุตรคิดเป็นร้อยละ 81.2 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.3 จบ

การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าคิดเป็นร้อยละ 31.6 ประกอบอาชีพรับราชการคิดเป็นร้อยละ 40.2 และมีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 74.4 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของสตรีหลังการตัดมดลูก (n=117)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	SD	ช่วง
อายุ	-	-	46.97	5.54	28-59
<b>การมีบุตร</b>					
ไม่มีบุตร	22	18.8	-	-	-
มีบุตร	95	81.2	-	-	-
<b>ศาสนา</b>					
พุทธ	108	92.3	-	-	-
อิสลาม	9	7.7	-	-	-
<b>ระดับการศึกษา</b>					
ประถมศึกษา	33	28.2	-	-	-
มัธยมศึกษา	28	23.9	-	-	-
อนุปริญญา	19	16.2	-	-	-
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	37	31.6	-	-	-
<b>อาชีพ</b>					
รับราชการ	47	40.2	-	-	-
รัฐวิสาหกิจ	2	1.7	-	-	-
เกษตรกรรม	18	15.4	-	-	-
ค้าขาย	15	12.8	-	-	-
รับจ้าง	17	14.5	-	-	-
ทำงานบ้าน/แม่บ้าน	18	15.4	-	-	-
<b>สถานภาพสมรส</b>					
โสด	18	10.3	-	-	-
คู่	87	74.4	-	-	-
หม้าย	11	9.4	-	-	-
หย่า/แยกกันอยู่	7	6.0	-	-	-



ในด้านการวินิจฉัยโรคพบว่าสตรีหลังการตัดมดลูกส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นเนื้องอกในมดลูก คิดเป็นร้อยละ 82.9 รองลงมาเป็นเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ คิดเป็นร้อยละ 13.7 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง คิดเป็นร้อยละ 83.8 สตรีหลังการตัดมดลูกส่วนใหญ่ได้รับฮอร์โมนทดแทนคิดเป็นร้อยละ 62.4 (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละของสตรี ที่ได้รับ การวินิจฉัยโรค วิธีการผ่าตัดและ การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน (n=117)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
เนื้องอกในมดลูก	97	82.9
เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่	16	13.7
เนื้องอกบริเวณรังไข่	4	3.4
<b>วิธีการผ่าตัด</b>		
ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง	98	83.8
ผ่าตัดมดลูก	19	16.2
<b>การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน</b>		
รับการรักษาด้วยฮอร์โมน	73	62.4
ไม่ได้รักษาด้วยฮอร์โมน	44	36.6

**ตอนที่ 2** คุณภาพชีวิต ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมของสตรีหลังการตัดมดลูก

จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก พบว่าสตรีหลังการตัดมดลูกในกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสังคม เศรษฐกิจมีระดับคุณภาพชีวิตระดับสูง ส่วนด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย มีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง มีคะแนนคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.78 (SD=0.53) ซึ่งมีระดับคุณภาพชีวิตระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกโดยรวมและรายด้าน (n=117)

คุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	SD	ระดับ
<b>คุณภาพชีวิตรายด้าน</b>			
ความพึงพอใจในชีวิต	3.69	0.68	สูง
อัถมโนทัศน์	3.86	0.61	สูง
สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย	3.31	0.39	ปานกลาง
สังคมเศรษฐกิจ	3.75	0.52	สูง
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>3.65</b>	<b>0.44</b>	<b>สูง</b>

นอกจากนี้ การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกในรายละเอียด พบว่าสตรีหลังการตัดมดลูกในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมามีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางคิดเป็นร้อยละ 24.8 มีคุณภาพชีวิตสูงมากคิดเป็นร้อยละ 8.6 และมีระดับคุณภาพชีวิตต่ำคิดเป็นร้อยละ 0.9 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าร้อยละ ของระดับคุณภาพชีวิตสตรีหลังการตัดมดลูก

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
สูงมาก	10	8.55
สูง	77	65.81
ปานกลาง	29	24.79
ต่ำ	1	0.85
ต่ำมาก	-	-
รวม	117	100

**ตารางที่ 7** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต

ประเด็น	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ความพึงพอใจความเป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.61	.93	สูง
2. การไม่มีอุปสรรคในชีวิต	3.68	1.23	สูง
3. ความพึงพอใจกับการรักษาด้วยการตัดมดลูกหรือการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่	3.40	1.01	สูง
4. ความพึงพอใจกับสัมพันธภาพในครอบครัวของท่าน	3.83	.95	สูง
5. ความพึงพอใจที่ได้มีการร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลในครอบครัว	3.82	.93	สูง
6. การมีครอบครัวที่มีความสุข	3.78	.86	สูง

จากตารางที่ 7 คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องพึงพอใจกับสัมพันธภาพในครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.83 (SD=.95) และในเรื่องความพึงพอใจกับการรักษาด้วยการตัดมดลูกหรือการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ 3.40 (SD=1.01)

**ตารางที่ 8** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์

ประเด็น	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของท่านที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.54	.92	สูง
2. การคงความเป็นผู้หญิงหลังผ่าตัด	3.73	1.19	สูง
3. การถูกตัดมดลูกและรังไข่ไม่ถือว่าเป็นความโชคร้าย	3.38	1.25	ปานกลาง
4. การไม่มีความรู้สึกหงุดหงิดและโมโหง่ายขึ้นหลังการผ่าตัด	3.43	1.12	ปานกลาง
5. ความสามารถควบคุมอารมณ์	3.58	.92	สูง
6. ความรู้สึกว่าการหลังผ่าตัดไม่ได้เป็นภาระให้กับครอบครัว	4.28	.91	สูง
7. ไม่กังวลแม้ผู้อื่นทราบว่าท่านเคยถูกตัดมดลูกหรือรังไข่	3.97	1.12	สูง
8. ไม่กังวลเมื่อผู้อื่นเห็นรอยแผลเป็นจากการผ่าตัด	3.78	1.19	สูง
9. การผ่าตัดไม่ทำให้มีเลือดเสียน้ำในร่างกาย	4.03	1.25	สูง

**ตารางที่ 8** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ (ต่อ)

ประเด็น	$\bar{X}$	SD	ระดับ
10. ความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและยังสามารถทำประโยชน์ต่างๆได้	4.19	.77	สูง
11. ความรู้สึกว่าตนเองมีค่าในครอบครัวแม้ไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป	3.75	1.08	สูง
12. ความรู้สึกว่าหลังการผ่าตัดจิตใจของท่านเข้มแข็ง	3.36	1.04	สูง
13. ความรู้สึกที่ท่านหายเป็นปกติแล้ว	3.60	1.26	สูง
14. ความรู้สึกที่ท่านยังเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว	4.31	.88	สูง
15. การไม่ยอมแพ้ต่อปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิต	4.15	.97	สูง

จากตารางที่ 8 พบว่าคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์เกือบทั้งหมดอยู่ในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.31 (SD=.88) ในเรื่องความรู้สึกว่าท่านยังเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว อย่างไรก็ตามมีเพียงบางประเด็นอยู่ในระดับปานกลาง คือ การถูกตัดมดลูกและรังไข่ไม่ถือว่าเป็นความโชคร้าย และการไม่มีความรู้สึกหงุดหงิดและโมโหง่ายขึ้นหลังการผ่าตัด

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย

ประเด็น	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. สามารถทำงานบ้านต่างๆได้ตามปกติ	3.91	1.00	สูง
2. สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติหลังการผ่าตัด	3.97	.94	สูง
3. สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามลำพังโดยไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล	3.99	.88	สูง
4. หลังการผ่าตัด ท่านมีกำลังวังชาปกติ และไม่รู้สึกอ่อนเพลีย	3.23	1.19	ปานกลาง
5. หลังการผ่าตัดไม่มีอาการปวดหลังบริเวณบั้นเอว	3.11	1.22	ปานกลาง
6. ไม่มีอาการปวดท้องน้อยบริเวณอุ้งเชิงกรานหลังการผ่าตัด	3.67	1.14	สูง
7. หลังการผ่าตัดไม่มีปัญหาเรื่องการขับถ่าย	3.81	1.10	สูง
8. สามารถนอนหลับสนิทในตอนกลางคืน	3.40	1.01	ปานกลาง

**ตารางที่ 9** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าทีของร่างกาย (ต่อ)

ประเด็น	$\bar{X}$	SD	ระดับ
9. ความต้องการทางเพศปกติ	2.83	1.02	ปานกลาง
10. ความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์เป็นปกติ	3.75	1.08	สูง
11. ในระหว่างมีเพศสัมพันธ์ไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณช่องคลอด	3.36	1.04	ปานกลาง
12. รู้สึกว่าในขณะที่ร่างกายกลับสู่สภาพปกติแล้ว	3.56	.82	สูง
13. การมีสุขภาพดีขึ้นหลังได้รับการผ่าตัด	3.63	.87	สูง

จากตารางที่ 9 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.99 (SD=.88) ในเรื่องสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามลำพังโดยไม่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล อย่างไรก็ตามมีเพียงบางประเด็นอยู่ในระดับปานกลาง คือ หลังการผ่าตัด ท่านมีกำลังวังชาปกติ และไม่รู้สึกอ่อนเพลีย หลังการผ่าตัดไม่มีอาการปวดหลังบริเวณบั้นเอว สามารถนอนหลับสนิทในตอนกลางคืน ความต้องการทางเพศปกติ และในระหว่างมีเพศสัมพันธ์ไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณช่องคลอด

**ตารางที่ 10** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสังคมเศรษฐกิจ

ประเด็น	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. การมีรายได้เพียงพอสำหรับการใช้จ่าย	3.16	1.21	ปานกลาง
2. หลังการตัดมดลูกไม่มีค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น	3.83	1.12	สูง
3. การผ่าตัดมดลูกไม่ทำให้ครอบครัวมีภาระหนี้สิน	4.21	.97	สูง
4. สามารถทำงานหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวได้	3.87	1.29	สูง
5. สามารถทำงานเดิมต่อไปได้	4.30	.99	สูง
6. ไม่มีอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เช่น การประกอบอาชีพ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน	2.80	1.48	ปานกลาง
7. สามีเข้าใจและยอมรับเกี่ยวกับการที่ท่านได้รับการผ่าตัด	3.87	1.01	สูง
8. ไม่รู้สึกกลัวและระแวงว่าสามีจะไปมีหญิงอื่น	3.77	1.16	สูง

จากตารางที่ 10 คุณภาพชีวิตด้านสังคมเศรษฐกิจเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.3 (SD=.99) ในเรื่องสามารถทำงานเดิมต่อไปได้ อย่างไรก็ตามมีเพียงบาง



ประเด็นอยู่ในระดับปานกลาง คือ การมีรายได้เพียงพอสำหรับการใช้จ่าย และไม่มีอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เช่น การประกอบอาชีพ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน

เมื่อพิจารณาความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีคะแนนความเข้มแข็งอดทนของสตรีในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 108.29 คะแนน จากคะแนนเต็ม 125 คะแนน มีคะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.99 คะแนน และมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.78 คะแนน จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน มีคะแนนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.63 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 11

**ตารางที่ 11** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ และช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมของสตรีหลังการตัดมดลูก (n=117)

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนนที่เป็นจริง	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความเข้มแข็งอดทนของสตรี	25.0-125.0	86.0-125.0	108.29	9.99	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	20.0-80.0	36.0-80.0	60.78	9.63	สูง

**ตอนที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ ชนิดการผ่าตัด และการได้รับฮอร์โมนทดแทนกับคุณภาพชีวิต เพื่อทำการควบคุมความสัมพันธ์หรืออิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ โดยใช้สถิติ (Statistical control) เมื่อพิจารณาคูณภาพชีวิตโดยรวมของสตรีหลังการตัดมดลูกกับวิธีการผ่าตัดพบว่าสตรีที่รับการผ่าตัดมดลูกกับสตรีที่รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของสตรีหลังการตัดมดลูกไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 12

**ตารางที่ 12** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกกับวิธีการผ่าตัด

คุณภาพชีวิตโดยรวม	$\bar{X}$	SD	t	p.value
ผ่าตัดมดลูก	3.68	0.45	1.43	$p > .05$
ผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง	3.51	0.41		

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวมของสตรีหลังการตัดมดลูกกับการได้รับฮอร์โมนทดแทน พบว่าสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนกับสตรีที่ไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของสตรีหลังการตัดมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) โดยสตรีที่ไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทนจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 3.85 (SD=0.36) ซึ่งสูงกว่าสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 3.53 (SD=0.44) ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกกับการได้รับฮอร์โมนทดแทน

คุณภาพชีวิตโดยรวม	$\bar{X}$	SD	t	p.value
ได้รับฮอร์โมนทดแทน	3.53	0.44	-3.95	$p < .05$
ไม่ได้ฮอร์โมนทดแทน	3.85	0.36		

ดังนั้นการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ผู้วิจัยทำการตรวจสอบปัจจัยบางตัวกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกในการศึกษานี้ (ตารางที่ 12 และตารางที่ 13) พบว่า คุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนและไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกกับได้รับการผ่าตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แยกส่วน (Partial correlation) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่ศึกษากับตัวแปรตามแต่ละคู่ โดยควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับฮอร์โมนทดแทน กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ระดับการศึกษา และความเข้มแข็งอดทนของสตรีมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .22$  และ  $r = .22$  ตามลำดับ,  $p < .05$ ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .38$ ,  $p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์บางส่วนระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

ตัวแปร	อายุ	ระดับการศึกษา	ความเข้มแข็งอดทนของสตรี	การสนับสนุนทางสังคม	คุณภาพชีวิตหลังการตัดมดลูก
อายุ	1.00				
ระดับการศึกษา	.01	1.00			
ความเข้มแข็งอดทนของสตรี	-.03	.12	1.00		
การสนับสนุนทางสังคม	-.12	-.02	.46	1.00	
คุณภาพชีวิตหลังการตัดมดลูก	.01	.22*	.22*	.38*	1.00

จากการวิเคราะห์ข้อมูล (ตารางที่ 4) พบว่าระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมและ พบว่าสตรีหลังการตัดมดลูกในกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษาระดับประถมศึกษา มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.49 (SD=0.39) ที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.60 (SD=0.43) ที่ศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.77 (SD=0.45) การทดสอบทางสถิติพบว่าประจักษ์แตกต่างจากสูงกว่ามัธยมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกกับระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	คุณภาพชีวิตโดยรวม		
		$\bar{X}$	SD	ระดับ
ประถมศึกษา	33	3.49	0.39	ปานกลาง
มัธยมศึกษา	28	3.60	0.43	สูง
สูงกว่ามัธยมศึกษา	56	3.77	0.45	สูง

F=4.485      p<.05

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวมของสตรีหลังการตัดมดลูกกับระดับความเข้มแข็งอดทนของสตรีพบว่าสตรีที่ระดับความเข้มแข็งอดทนของสตรีสูงกับสตรีที่ระดับความเข้มแข็งอดทนของสตรีปานกลางมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของสตรีหลังการตัดมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) โดยสตรีที่ระดับความเข้มแข็งอดทนของสตรีสูงจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 3.78 (SD=0.47) ซึ่งสูงกว่าสตรีที่ระดับความเข้มแข็งอดทนของสตรีปานกลางที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 3.52 (SD=0.40) ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกกับระดับความเข้มแข็งอดทนของสตรี

คุณภาพชีวิตโดยรวม	$\bar{X}$	SD	t	p.value
ระดับความเข้มแข็งอดทนของสตรีสูง	3.78	0.47	1.32	p < .05
ระดับความเข้มแข็งอดทนของสตรีปานกลาง	3.52	0.40		

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยรวมของสตรีหลังการตัดมดลูกกับการสนับสนุนทางสังคมพบว่าสตรีที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงกับสตรีที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลางมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของสตรีหลังการตัดมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) โดยสตรีที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 3.66 (SD=0.44) ซึ่งสูงกว่าสตรีที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลางที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 3.36 (SD=0.45) ดังแสดงในตารางที่ 18

**ตารางที่ 18** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกกับการสนับสนุนทางสังคม

คุณภาพชีวิตโดยรวม	$\bar{X}$	SD	t	p.value
การสนับสนุนทางสังคมสูง	3.66	0.44	3.16	p < .05
การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	3.36	0.45		

**ตอนที่ 4** การพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกจากการรักษาด้วยอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบปัจจัยบางตัวกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกในการศึกษานี้ (ตารางที่ 12 และตารางที่ 13) พบว่า คุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนและไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกกับได้รับการผ่าตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ในการพยากรณ์ครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis) โดยควบคุมอิทธิพลของการได้รับฮอร์โมนทดแทน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การได้รับฮอร์โมนทดแทนเพียงตัวเดียวสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้ร้อยละ 12 ( $R^2 = .12$ ;  $F = 15.10$ ,  $p < .05$ ) และการได้รับฮอร์โมนทดแทน อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 31.00 ( $R^2 = .31$ ;  $F = 9.57$ ,  $p < .05$ ) โดยการได้รับฮอร์โมนทดแทน ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .24, .22, .37 ตามลำดับ,  $p < .05$ ) อายุ และความเข้มแข็งอดทนของสตรีไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Beta = .14 และ .03,  $p > .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 19



ตารางที่ 19 ผลการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกจากการรักษาด้วยอายุระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม

Predictor Variable	Quality of life	
	Stage 1	Stage 2
	$\beta$	$\beta$
Hormonal therapy	-.35	.24*
Age	-	.14
Education	-	.22*
Feminine-hardiness	-	.03
Social support	-	.37*
R <sup>2</sup>	.12	.31
F	15.10*	9.57*

\*  $p < .05$

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก และเพื่อศึกษาความสามารถของอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม ในการร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

### สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือสตรีหลังการตัดมดลูก หรือตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างที่มารับบริการตรวจร่างกายตามนัดหลังผ่าตัด ที่โรงพยาบาลกระบี่ โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สตรีหลังการตัดมดลูกมีอายุเฉลี่ย  $46.97 \pm 5.54$  ปี โดยมีอายุต่ำสุด 28 ปี และสูงสุด 59 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรคิดเป็นร้อยละ 81.20 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 92.30 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 29.90 ประกอบอาชีพรับราชการคิดเป็นร้อยละ 40.20 และด้านสถานภาพสมรส พบว่าสตรีหลังการตัดมดลูกมีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 74.40 ด้านการวินิจฉัยโรคก่อนผ่าตัดพบว่าได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นเนื้องอกในมดลูก คิดเป็นร้อยละ 82.90 รองลงมาเป็นเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ คิดเป็นร้อยละ 13.67 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง คิดเป็นร้อยละ 77.77 ด้านการรักษาด้วยฮอร์โมน พบว่าสตรีหลังการตัดมดลูกส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนคิดเป็นร้อยละ 62.40

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด คือ

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกและรังไข่โดย อัญชลี ตานบุรี (2543) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของชาน (Zhan, 1992) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 42 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale)
- 3) แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินความเข้มแข็งอดทนเกี่ยวกับสุขภาพในเพศหญิงของเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย (2544) ซึ่งเบญจมาภรณ์ จันทโรทัย สุจิตรา เทียนสวัสดิ์และ

พันทวี เชื้อขาว (เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544) สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ Craft (1999) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert scale) และ 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและมีความเที่ยงของแบบสอบถามเมื่อใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 117 คน อยู่ระหว่าง 0.71 ถึง 0.88

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ.2551 ถึงวันที่ 11 เมษายน พ.ศ.2551 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่าแบบสอบถามทุกฉบับได้รับการตอบอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แยกส่วน (Partial correlation) และการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษา และความเข้มแข็งอดทนของสตรี มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis) โดยควบคุมอิทธิพลของการได้รับฮอร์โมนทดแทน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การได้รับฮอร์โมนทดแทน อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 31.00 ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการได้รับฮอร์โมนทดแทนอย่างเดียวสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 12

### อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ผลการศึกษาพบว่าสตรีหลังการตัดมดลูกที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.65 ซึ่งมีระดับคุณภาพชีวิตระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ตาบุรี (2543) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ พบว่าคุณภาพชีวิตของสตรี

หลังการตัดมดลูกโดยรวม มีระดับคุณภาพชีวิตระดับดี ซึ่งการที่คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูงนั้น อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้รับรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่สามารถรักษาให้หายได้โดยการผ่าตัดมดลูกหรือตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้าง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยก่อนเข้ารับการผ่าตัด Naughton และ Mcbee (1997) อธิบายว่าสตรีรับรู้การผ่าตัดมดลูกหรือตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ เป็นการรักษาโรคที่เป็นอยู่ก่อนการผ่าตัด และป้องกันไม่ให้โรคลุกลาม ทำให้สตรีประเมินว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผลการศึกษาคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านของสตรีหลังการตัดมดลูก ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย มีระดับคุณภาพชีวิตระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ตาบุรี (2543) ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่ พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย มีระดับคุณภาพชีวิตระดับดี เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านของสตรีหลังการตัดมดลูกพบผลการศึกษารายด้านดังต่อไปนี้

ในคุณภาพชีวิตรายด้านความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่อายุระหว่าง 28-59 ปี และมีอาชีพสามารถหารายได้เลี้ยงตนเองได้ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 40.2 ประกอบอาชีพรับราชการ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่มีอุปสรรคในชีวิต มีความพึงพอใจกับสัมพันธภาพในครอบครัว และมีครอบครัวที่มีความสุข (ตารางที่ 7) Linenberger (1997) ศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีที่ได้รับการตัดมดลูก ในสตรีจำนวน 65 คนในด้านร่างกาย ความรู้สึกผาสุก การมีกิจกรรมและการตัดสินใจในการผ่าตัด ภายหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์ 8 สัปดาห์ 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าในสัปดาห์แรกสตรีมีปัญหาด้านร่างกายเกี่ยวกับการหายของแผลผ่าตัด และการถูกจำกัดกิจกรรม จึงรู้สึกไม่สุขสบายและเกิดความไม่แน่ใจในการตัดสินใจผ่าตัดของตน ที่ระยะเวลา 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด สตรีมีความสุขทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ และที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังผ่าตัด สตรีรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น และการศึกษาของ อัญชลี ตาบุรี (2543) ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่จำนวน 80 รายหลังการผ่าตัด 6 เดือนและ 12 เดือน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกระยะเวลา 1 ปี มีการรับรู้ประโยชน์ของการผ่าตัดต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ก่อนการผ่าตัด และรู้สึกพึงพอใจหลังการผ่าตัดมดลูก

ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตนเองที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและยังสามารถทำประโยชน์ต่างๆได้ และรู้สึกว่าตนเองยังเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัวและไม่ยอมแพ้ต่อปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิต (ตารางที่ 8) เช่นเดียวกับการศึกษาของ

Lambden และคณะ (1997) ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีก่อนและหลังการตัดมดลูกหรือตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ จำนวน 178 คน พบว่าสตรีมีความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจภายหลังการผ่าตัด

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลางในประเด็นหลังการผ่าตัด ท่านมีกำลังวังชาปกติ และไม่รู้สึกร้อนเพลีย หลังการผ่าตัดไม่มีอาการปวดหลังบริเวณนั้นเอง สามารถนอนหลับสนิทในตอนกลางคืน ความต้องการทางเพศปกติ และในระหว่างมีเพศสัมพันธ์ไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณช่องคลอด (ตารางที่ 9) สอดคล้องกับการศึกษาสตรีหลังการตัดมดลูกหรือการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ไปแล้ว 5 ปี มีอายุระหว่าง 39-45 ปี เปรียบเทียบความลำบากในการทำหน้าที่ทางเพศ การลดความสนใจทางเพศ ผลการศึกษาพบว่าในสตรีหลังตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ทั้งสองข้างจะมีปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด โดยร้อยละ 80 จะสูญเสียความต้องการทางเพศ ร้อยละ 82 มีความยากลำบากในการมีเพศสัมพันธ์ และร้อยละ 62 มีอาการช่องคลอดแห้ง (McPherson, et al., 2005) นอกจากนี้ การศึกษาของ Proffitt-Rock (1998) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความพึงพอใจทางเพศสัมพันธ์ภายหลังการตัดมดลูกและ/หรือรังไข่ในสตรีจำนวน 126 คน พบว่า มีสตรีถึงร้อยละ 23.1 รายงานการรับรู้ในด้านลบต่อความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ การศึกษาผลของการตัดมดลูกต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสตรี Bernhard (1992a) ในสตรีที่ได้รับการตัดมดลูกจำนวน 63 คน โดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในระยะเวลาหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์ 3 เดือน และ 2 ปี พบว่า ในระยะเวลาหลังผ่าตัด 4 สัปดาห์และ 3 เดือน สตรีมีการรับรู้ในด้านบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์หลังการผ่าตัด แต่ในระยะเวลา 2 ปี หลังการผ่าตัด มีภาวะวิตกกังวล ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การตัดมดลูกมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของสตรีหลังผ่าตัดในระยะยาว

ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสังคมเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตระดับสูง เนื่องจากการผ่าตัดไม่ได้เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เช่น การประกอบอาชีพ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน (ตารางที่ 10) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี ตาบุรี (2543) ที่ศึกษาในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่จำนวน 80 รายหลังการผ่าตัด 6 เดือนและ 12 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ ตั้งแต่อ่อนระยะเวลา 6 เดือน จึงทำให้มีรายได้เพียงพอสำหรับใช้จ่ายในครอบครัว รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลของตน โดยไม่ต้องพึ่งพาญาติพี่น้องหรือกู้ยืม กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจึงประเมินคุณภาพชีวิตด้านสังคมเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี



## สมมติฐานข้อที่ 1 อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

**อายุ** ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและสะโพกที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหลังผ่าตัด (Jones, Voaklander, Johnston, and Suarez-Almazor, 2001) และสอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา พิพัฒน์วณิชชา (2535) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต แต่ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Padilla และ Grant (1985) ที่กล่าวว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยพบว่าบุคคลที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย เนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ของชีวิตมากกว่าทำให้สามารถปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายในชีวิตได้รวมทั้งมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาของนันทกา ภูักัณห์พันธ์ (2544) เช่นกันที่พบว่าคุณภาพชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยจะมีความวิตกกังวลและมีปัญหาด้านการเงินซึ่งเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในด้านเศรษฐกิจและสังคมมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ในทางตรงกันข้ามประอรนุช ตุลยาทร และคณะ (2540) สำรวจปัญหาของสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ พบว่าสตรีที่มีอายุมากมีปัญหาด้านจิตสังคมซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตในด้านสังคมเศรษฐกิจหลังผ่าตัดมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อย

**ระดับการศึกษา** ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .22, p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก นั่นคือสตรีหลังการตัดมดลูกที่มีระดับการศึกษาสูง มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ในขณะที่หากสตรีหลังการตัดมดลูกมีระดับการศึกษาต่ำ คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกก็จะด้อยลงด้วย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ระดับการศึกษา เป็นองค์ประกอบหนึ่งในแหล่งประโยชน์ บุคคลที่มีการพัฒนาความรู้และทักษะเมื่อเกิดเหตุการณ์ในชีวิตจะสามารถช่วยให้พบความต้องการของตนเอง และสามารถนำพาตนเองไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Orem, 2001) ผลการศึกษาคคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง (วนิดา รัตนานนท์, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hanucharunkul (1988) ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ที่มีระดับ

การศึกษาสูง จะมีความรู้ความสามารถในการแสวงหาความรู้ หาข้อมูล แผนการรักษาตลอดจน รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่า และการศึกษาสูงทำให้บุคคลประกอบอาชีพหน้าที่การงาน ดีกว่า การศึกษาของนันทกา ภูักันหพันธ์ (2544) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรักษาด้วยรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษา ต่ำ ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาจึงอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกในทางบวกได้

**ความเข้มแข็งอดทนของสตรี** ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งอดทนของสตรี มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .22, p < .05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า ความเข้มแข็งอดทนของสตรี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก นั่นคือสตรีหลังการตัดมดลูกที่มีความเข้มแข็งอดทนของสตรีมาก มีคุณภาพชีวิตดี ในขณะที่สตรีหลังการตัดมดลูกที่มีความเข้มแข็งอดทนของสตรีน้อย มีคุณภาพชีวิตน้อยลง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ( $r = .22, p < .05$ ) ความเข้มแข็งอดทนของสตรี เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต โดยความเข้มแข็งอดทนเป็นลักษณะภายในของบุคคลที่ช่วยจัดการกับสถานการณ์วิกฤตของชีวิตเพื่อทำให้ตนเองอยู่ในภาวะปกติได้ (เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย, 2544) Craft (1999) ได้กล่าวว่า ความเข้มแข็งอดทนในมุมมองสตรี ประกอบไปด้วย ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย (Strong sense of purpose) ซึ่งมีแรงขับภายในตัวสตรีที่จะทำให้ตนเองรู้สึกเข้มแข็ง แรงขับนั้นเกิดจากความ ต้องการของบุคคลรอบข้าง เช่น สามี บุตร หรือชุมชน เป็นต้น ซึ่งคาดหวังต่อบทบาทหน้าที่ของ สตรี ในการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ให้บรรลุเป้าหมาย ทำให้สตรีมองเห็นเป้าหมายหรือภาระที่ตนเอง ต้องกระทำให้เสร็จสมบูรณ์ และความสามารถที่จะอดทน (Ability to endure) เป็นแรงขับภายใน มาจากการที่สตรีนั้นมีการยอมรับความจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ให้สามารถปฏิบัติสิ่งต่าง ๆ ต่อไปได้ แม้จะมีเหตุการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น โดยไม่รู้สึกท้อแท้ ดังการศึกษาของ Lee (1992) ความ เข้มแข็งอดทนโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและด้านสังคมซึ่ง เป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตในด้านปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ส่วน Lambert, Lambert, และ Klipple (1990) พบว่าความเข้มแข็งอดทน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก ด้านจิตใจ และยังเป็นตัวทำนายความผาสุกด้านจิตใจอีกด้วย สอดคล้องกับ Carson และ Green (1992) พบว่าความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณซึ่งเป็น องค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตในด้านอัตมโนทัศน์ และยังเป็นตัวทำนายความผาสุกด้านจิต วิญญาณ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Farber และคณะ (2000) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความ เข้มแข็งอดทนสูงกว่าจะมีสภาวะทางจิตใจ คุณภาพชีวิต ดีกว่าผู้ติดเชื้อที่มีความเข้มแข็งอดทน น้อยกว่า และในการศึกษาของ Solomon และ Temoshok (1987 cited in Byers, 1993) เกี่ยวกับ

ความเข้มแข็งอดทนในผู้ป่วยเอดส์พบว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเข้มแข็งอดทนในระดับสูงจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่างๆได้ดีและมีอายุที่ยืนยาวกว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเข้มแข็งอดทนในระดับต่ำ การศึกษาของวัลลภา ครุฑแก้ว (2540) พบว่าความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับการศึกษาของปานจันทร์ จ่างแก้ว (2545) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความเข้มแข็งอดทนสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 65 และการศึกษาของฉลาด แสงอาทิตย์ (2546) พบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Narsavage และ Weaver (1994) ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงจะมีการแก้ปัญหาและอาการที่ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งอดทนน้อยกว่า ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาจึงอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนของสตรีกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกในทิศทางบวกได้

**การสนับสนุนทางสังคม** ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .38, p < .05$ ) นั่นคือสตรีหลังการตัดมดลูกที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมหรือเครือข่ายทางสังคมมาก มีคุณภาพชีวิตดี และในทางตรงกันข้ามหากสตรีหลังการตัดมดลูกที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย ก็จะมีคุณภาพชีวิตหลังการตัดมดลูกน้อยการศึกษาของ Han (2003) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศเกาหลีจำนวน 1,748 คน พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยเหล่านั้นสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังร่วมกันได้ร้อยละ 57 เช่นเดียวกับการศึกษาของ จักรกฤษณ์ พิณญาพงษ์ (2544) ศึกษาเรื่องรูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 29.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Lugton (1997) เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาเรื่องธรรมชาติของการสนับสนุนทางสังคมตามประสบการณ์ของผู้หญิงมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาพบว่า ผู้หญิงรับรู้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของตนเองหลังการผ่าตัด และการศึกษาของ Sammarco (2001) ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกรวมทั้งมีอำนาจพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมวัยผู้ใหญ่ได้ เช่นเดียวกับ สุภาลักษณ์ เขียวขำ (2543) ศึกษาเรื่องการ

สนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของสตรีหลังการตัดมดลูกกับคุณภาพชีวิตในทิศทางบวกได้

## **สมมติฐานข้อที่ 2 อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก**

ในการพยากรณ์ครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical regression analysis) โดยควบคุมอิทธิพลของการได้รับฮอร์โมนทดแทน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 31 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปัจจัยที่ละตัว ผลการศึกษาพบทั้งปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ และไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ดังต่อไปนี้

**การได้รับฮอร์โมนทดแทน** ในการศึกษาครั้งนี้การได้รับฮอร์โมนทดแทนความสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ( $Beta = .24, p < .05$ ) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ถ้าสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกได้รับฮอร์โมนทดแทน คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกก็จะดีขึ้นด้วย Derman และคณะ (1995) ศึกษาการได้รับฮอร์โมนทดแทนและกลุ่มยาหลอก ในสตรีอายุ 40-60 ปี พบว่า สตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Karlbetg และคณะ (1995) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนและกลุ่มที่ได้ยาหลอก พบว่า สตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก และ Grady (2002) ได้ศึกษาผู้ป่วยหญิงอายุ 60 ปี ซึ่งได้รับการผ่าตัดมดลูกร่วมกับการผ่าตัดรังไข่ทั้ง 2 ข้างเมื่ออายุ 40 ปี ภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก และมีความวิตกกังวล จึงได้รับฮอร์โมนทดแทน ผู้ป่วยจึงมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้ปริมาณไขมันที่มีความอิ่มตัวสูง (High density lipoprotein : HDL) ต่ำลง และทำให้ปริมาณไขมันที่มีความอิ่มตัวต่ำ (Low density lipoprotein : LDL) โคเลสเตอรอล ไลโปโปรตีน ไตรกลีเซอไรด์ สูงขึ้น ทำให้สตรีที่ได้รับการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ออกทั้งสองข้างก่อนอายุ 40 ปี เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันสูงกว่าสตรีที่รังไข่ยังทำงานอยู่ถึง 7 เท่า (Wasana and Angelopoulos, 1996) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lambert (2003) มี



การศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพระหว่างผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกและได้รับฮอร์โมนทดแทนกับผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกแต่ไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน โดยศึกษาในสตรีจำนวน 2,540 ราย อายุระหว่าง 35-79 ปี พบว่า ผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกและไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกและได้รับฮอร์โมนทดแทนมีระดับไขมันที่มีความอิมตัวต่ำ (Low density lipoprotein : LDL) ต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกแต่ไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน และมีระดับไขมันที่มีความอิมตัวสูง (High density lipoprotein : HDL) และไตรกลีเซอไรด์ สูงกว่าผู้ที่ได้รับการตัดมดลูกแต่ไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน ทำให้คุณภาพชีวิตของสตรีที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนมีคุณภาพชีวิตดีกว่า

**อายุ** อายุของสตรีหลังการตัดมดลูกไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างสตรีหลังการตัดมดลูกเป็นวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 28-59 ปี จึงทำให้ผลการวิจัยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก และไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่พบว่า อายุไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของนัยนา พิพัฒน์ วณิชชา (2535) และ Jones, Voaklander, Johnston, และ Suarez-Almazor (2001) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ดังได้กล่าวมาแล้วในการอภิปรายสมมติฐานข้อ 1

**ระดับการศึกษา** ในการศึกษาครั้งนี้ระดับการศึกษาสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ( $Beta = .26, p < .05$ ) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ถ้าสตรีหลังการตัดมดลูกมีระดับการศึกษาสูง คุณภาพชีวิตหลังการตัดมดลูกก็จะดีขึ้นด้วย ทั้งนี้เพราะการศึกษาคือสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลตนเอง อันจะนำพาบุคคลไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, 2001) ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำมีการรับรู้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง (วนิดา รัตนานนท์, 2545) การศึกษาของ Hanucharumkul (1988) ในผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรู้ความสามารถในการแสวงหาความรู้ หาข้อมูล แผนการรักษา ตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่า และการศึกษาสูงทำให้บุคคลประกอบอาชีพหน้าที่การงานดีกว่า และการศึกษาของนันทกา ภูักัณหพันธ์ (2544) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรักษาด้วยรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ ดังได้กล่าวมาแล้วในการอภิปรายสมมติฐานข้อ 1

**ความเข้มแข็งอดทนของสตรี** ในศึกษานี้ความเข้มแข็งอดทนของสตรีไม่สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเข้มแข็งอดทนของสตรีในกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายค่อนข้างน้อย (86-125) จากช่วงคะแนน



ที่เป็นไปได้ 25-125 คะแนน ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงขัดแย้งกับสมมติฐานข้อที่ 2 ความเข้มแข็งของสหสัมพันธ์สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้

**การสนับสนุนทางสังคม** ในการศึกษาี้การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้ดีที่สุด ( $Beta = .37, p < .05$ ) นั่นคือหากสตรีหลังการตัดมดลูกมีการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นเท่าไร คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกก็จะเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ที่สตรีหลังการตัดมดลูกรับรู้ถึงความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการสนับสนุนโดยผ่านการประเมินตัดสิน (House, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของ Han (2003) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Guarantor (2006) ศึกษาผลของลักษณะทางสังคม อาการของโรคและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในทหารผ่านศึก จำนวน 79 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า สตรีหลังการตัดมดลูกที่มีระดับการศึกษาสูง ความเข้มแข็งของสหสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยให้สตรีหลังการตัดมดลูกมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาด้วยฮอว์มอนด์แทน อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งของสหสัมพันธ์ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้ถึงร้อยละ 31 แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลงของคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก อาจมีผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

### ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาล ควรตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกและให้ความช่วยเหลือในกรณีที่สตรีหลังการตัดมดลูกมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จากผลการวิจัยพบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายมีคะแนนคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

2. จากผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก นั่นคือหากสตรีหลังการตัดมดลูกมีระดับการศึกษาสูง คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกก็จะดีด้วย ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสนใจในกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นพิเศษเพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง

3. จากผลการวิจัยพบว่า ความเข้มแข็งอดทนของสตรี มีความสัมพันธ์ในทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก นั่นคือหากสตรีหลังการตัดมดลูกที่มีความเข้มแข็งอดทนของสตรีมาก คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกก็จะมากด้วย ดังนั้นจึงควรจัดการพยาบาลให้สตรีหลังการตัดมดลูกได้รับการสนับสนุนด้านการส่งเสริมความเข้มแข็งอดทนของสตรีหลังการตัดมดลูกอย่างครอบคลุมดังนี้

3.1 ความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย (Strong sense of purpose) ควรส่งเสริมให้สตรีหลังการตัดมดลูกสตรีเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง (Care for self) การปฏิบัติกิจกรรมที่มีความหมาย (Meaningful activities) และความพยายามดำเนินชีวิตตามปกติ (Striving for normalcy) และผลลัพธ์ของความรู้สึกมุ่งมั่นมีเป้าหมาย คือการตัดสินใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยต่อไป และความแข็งแกร่งภายในตนเองที่เกิดจากการยอมรับในการเจ็บป่วยและสร้างความรู้สึกเข้มแข็งภายในตนเอง

3.2 ความสามารถที่จะอดทน (Ability to endure) ควรส่งเสริมให้สตรีหลังการตัดมดลูกสตรีมีความอดทนต่อความยากลำบากทางร่างกาย การพูดกับตนเองในสิ่งที่ดี การคาดหวังที่เหมาะสม การเลือกกระทำในสิ่งที่ทำได้ การมองโลกในแง่ดีและมีความหวัง ผลลัพธ์ที่ได้จากความสามารถที่จะอดทนคือ มีการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพของสตรีกับสิ่งต่างๆรอบตัว

4. จากผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกและสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก นั่นคือสตรีหลังการตัดมดลูกที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมหรือเครือข่ายทางสังคมมาก จะมีคุณภาพชีวิตหลังการตัดมดลูกดี ดังนั้นจึงควรจัดการพยาบาลให้สตรีหลังการตัดมดลูกได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ หลังการตัดมดลูกอย่างครอบคลุมดังนี้

4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ส่งเสริมให้สามี บุตร หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดสตรีหลังการตัดมดลูก ได้มีส่วนร่วมในการดูแลสตรีหลังการตัดมดลูก เพื่อส่งเสริมให้สตรีหลังการตัดมดลูกได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่เพิ่มมากขึ้น

4.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ในแผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชควรจัดให้มีพยาบาลทำหน้าที่ให้คำปรึกษา เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆในเรื่องที่สตรีหลังการตัดมดลูก มีความต้องการและมีปัญหาข้อสงสัย

4.3 การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental support) พยาบาลควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดมดลูก รวมถึงค่าใช้จ่ายในการมารับฮอร์โมนในกรณีที่ต้องได้รับฮอร์โมน เพื่อให้สตรีหลังการตัดมดลูก ได้รับทราบข้อมูลและมีความพร้อมในการรับการรักษา

4.4 การสนับสนุนโดยผ่านการประเมินตัดสิน (Appraisal support) ควรจัดให้สตรีหลังการตัดมดลูกมีการพบกัน มีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กัน เพื่อให้สตรีหลังการตัดมดลูกได้ประเมินตนเอง เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อเปรียบเทียบปัญหา และการปฏิบัติตัวของตนเองกับสตรีหลังการตัดมดลูกรายอื่น เพื่อให้สตรีหลังการตัดมดลูกมีการปรับตัวที่เหมาะสม

#### ด้านการวิจัย

1. ผลการศึกษาพบว่า อำนวยในการพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก จากปัจจัยต่างๆที่ศึกษาครั้งนี้ สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้เพียงร้อยละ 31 ซึ่งแสดงว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกได้อีก จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยนำปัจจัยอื่นๆ มาศึกษาความสามารถในการพยากรณ์คุณภาพชีวิต

2. ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกแบบศึกษาติดตามไปข้างหน้า เพื่อติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกต่อเนื่องในระยะยาว

#### ด้านการศึกษา

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับการพยาบาล นรีเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลสตรีหลังการตัดมดลูก โดยผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูกมีระดับคุณภาพชีวิตระดับสูง และพบว่า ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอน ผู้สอนควรจัดให้นักศึกษามีความรู้ความสามารถในการประเมินคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก มีการซักประวัติสตรีหลังการตัดมดลูกในเรื่องปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การประยุกต์การให้คำแนะนำและให้ความรู้แก่สตรีหลังการตัดมดลูกที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันและจัดให้มีการส่งเสริมความเข้มแข็งอดทนของสตรี และดำเนินการให้การสนับสนุนทางสังคมตามความต้องการของสตรีหลังการตัดมดลูก

สรุป จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ บุคลากรทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยมาวางแผนการพยาบาลให้การดูแลสตรีหลังการตัดมดลูก เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลนรีเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลสตรีหลังการตัดมดลูก ในนักศึกษาพยาบาลให้ตระหนักและมีการส่งเสริมปัจจัยที่มีผลต่อถึงคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก และสำหรับการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก ในประเด็นอื่นๆต่อไป

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. (2539). แผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544. กรุงเทพมหานคร : องค์การทหารผ่านศึก.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์, อภิชาติ โอฟารัตนชัย, และชเนนทร์ วนาภิรักษ์. (2538). คู่มือสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แมคกรอ-ฮิล.
- จักรกฤษณ์ พิญาพงษ์. (2544). รูปแบบความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ,16(1), 34-41.
- ธีระ ทองสง จตุพล ศรีสมบุรณ์ และอภิชาติ โอฟารัตนชัย. (2539). นรีเวชวิทยา(พิมพ์ครั้งที่2). เชียงใหม่ : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธิวสา ลีวัธนะ. (2547). ปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิตยา คงชุม. (2539). บุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทกา ภูักถนัพพ์. (2544). การวิเคราะห์งานเรื่อง คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังรักษาด้วยรังสีรักษา. เชียงใหม่: ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉลาด แสงอาทิตย์. (2546). ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ณัฐจิตา เพชรประไพ. (2541). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์. (2545). การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในคลินิกสตรีวัยทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย. (2544). ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เบญจวรรณ คุณรัตนภรณ์. (2541). คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปานจันทร์ จ่างแก้ว. (2545). การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง กรวรรณสุต. (2538). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประอรนุช ตุลยาทร พรรณิภา ธรรมรัช และ จินดา อุไรรัตน์. (2540). การสำรวจปัญหาของสตรีภายหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่. วารสารพยาบาลศาสตร์, 15(4), 44-52.
- ยุวดี ธีระศิลป์. (2547). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนา รongทองกุล และคณะ. (2548). การสำรวจอาการปวดท้องหลังผ่าตัดในวันที่สองของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง. ศรีนครินทร์เวชสาร, 20(4), 215-221.
- โรงพยาบาลตรัง. (2549). ทะเบียนรายการผ่าตัด. โรงพยาบาลตรัง : ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลตรัง
- วนิดา รัตนานนท์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลภา ครุฑแก้ว. (2540). ความเข้มแข็งอดทนและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมบุรณ์ คุณาภิกขมและคณะ. (2548). นรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ. ลีฟวิง จำกัด.



- สุคนธ์ ไขแก้ว. (2545). พัฒนาคู่มือการดูแลตนเองผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่ ออกทั้งสองข้าง.  
ภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาลักษณ์ เขียวขำ. (2543). การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุวรรณ ชีรนาธร. (2544). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังตัดมดลูกและรังไข่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุวันชัย ชัยรัชนิบูลย์, เทเวศน์ ถิ่นธารา. (2542). ปัจจัยเสี่ยงของการได้รับเลือดในการตัดมดลูกทาง  
หน้าท้องแบบไม่ฉุกเฉิน. สงขลานครินทร์เวชสาร, 17, 91-95.
- สัจจา ทาโต. (2549). เอกสารประกอบการสอนนรีวิทยาการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. หลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสวก วีระเกียรติ และ สฤกพรพรณ วิไลลักษณ์. (2548). นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่3. นนทบุรี : ปี  
ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- เทเวศน์ ถิ่นธารา และ สฐิติมา สุนทรสัจ. (2546). นรีเวชวิทยา. สงขลา : ลิมบราเดอร์การพิมพ์ จำกัด.  
อุษณีย์ สวัสดิ์พาณิชย์. (2548). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะไข้หลังการผ่าตัดมดลูกในโรงพยาบาล  
ขอนแก่น. ขอนแก่นเวชสาร, 29(2), 72-79.
- อัญชลี ตานบุรี. (2543). คุณภาพชีวิตของสตรีภายหลังการตัดมดลูกและรังไข่. วิทยานิพนธ์  
ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

### ภาษาอังกฤษ

- Bernhard, L.A. (1992a). Conseques of hysterectomy in the lives of women. Health Care for Women International 13 : 281-291.
- Bernhard, L.A. (1992b). Men's views about hysterectomies and women who have them. IMAGE:Journal of Nursing Scholarship 24(3) : 177-181.
- Byers, P.H. (1993). Hardiness and social support in human immunodeficiency virus. Applied Nursing Research 6(3) : 132-136.
- Callaghan,p., & Morrissey, J. (1993). Social support and health a review. Journal of Advanced Nursing 18 : 203-210.
- Caplan,G. (1974). Support systems and community mental health New York: Behavioral Publications.

- Caplan,G. (1981). Mastery of stress: Psychological Aspects. The American Journal of Psychiatry 138(4) : 413-420.
- Carson,B.V., & Green, H. (1992). Spiritual well-being : A prediction of hardiness in patient AIDS. Journal of Professional Nursing 8(4) : 209-220.
- Carlson, K.J., Miller, B.A., & Fowler, F.J. (1994). The Maine Women's Health Study:I. Outcomes of hysterectomy. Obstetrics Gynecology 83(4) : 556-565.
- Carlson, K.J. (1995). Hysterectomy. In K.J.Carlson, S.A. Eisenstat.F.P. Srigoletto, & I. Schiff(Eds.), Primary care of women 299-302. St. Louis : Mosby,
- Carlson, K.J.,Miller, B.A., & Fowler,F. J. (1994). The Maine women's health study 1.outcomes of hysterectomy. Obstetrics and Gynecology 83(4) : 556-565.
- Casper.R. F., & Hearn, M. T. (1990). The effect of hysterectomy and bilateral oophorectomy in women with severe premenstrual syndrome. American Journal of Obsterics and Gynecology,(162)1 : 105-109.
- Craft, C. A. (1999). A conceptual model of feminine hardiness. Holistis Nursing Practice 13(30) : 25-34.
- Cobb.S. (1976). Social support as a moderation of life stress. Psychosomatic Medicine 38(5).
- Cooley,M. E. (1998). Quality of life in persons with non-small cell lung cancer :A concept analysis. Cancer Nursing 21(3) : 151-161.
- Dennerstein, L., Wood,C., & Westmore,A. (1995). Hysterectomy(2 nd ed). Melbourne:Oxford University Press.
- Derman, R.J.,M.Y. Dawood, & S.Stone. (1995). Quality of life during sequential hormone replacement therapy-a placebo-controlled study. International Journal of Fertility 48 : 73-78.
- Dobrof,R. (1992). Social support system. In E. Calkins, F.B. Ford, & P.R. Katz(Eds.),Practice of geriatrics (2<sup>nd</sup> ed.) .Philadelphia: W.B. Saunders.
- Dominic, J., Robert, B., & Philip, G. (2005). Effect of therapy on Gallbladder Disease. American Medical Association 293(3).
- Farber, E., Schwartz, J., Schaper, PE., Moonen, D., & McDaniel, J.S. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. Psychosomatics 41 : 140-146.

- Farquhar, C.M. & Steiner, C.A. (2002). Hysterectomy Rates in the United States 1990-1997. The American College of Obstetricians and Gynecologists 99(2) : 229-234.
- Ferrans, C. E. (1990). Development of quality of life index for patients with cancer. Oncology Nursing Forum 17(3) : 15-21.
- Ferrans, C. E., & Powers, M.J. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. Research in Nursing & Health 15(1) : 29-38.
- Ferrans, C. E., & Powers, M.J. (1993). Quality of life of hemodialysis patients. American Nephology Nurse's Association Journal 20 : 575-594.
- Ferrans, C. E. (1997). Development of a conceptual model of quality of life. In A.G. Gift (Ed.), Clarifying concepts in nursing research (pp. 110-121). New York: Springer.
- Ferrell, B. R. (1996). The quality of lives: 1,525 voices of cancer. Oncology Nursing Forum 23(6) : 909-916.
- Frank-Stromborg, M. (1984). Selecting an instrument to measure quality of life. Oncology of Nursing Forum 11(5) : 88-91.
- Friedman, M.M. , & King, B.K. (1994). The relationship of emotional and tangible support to psychological well-being among older woman with heart failure. Research in Nursing & Health 17 : 433-440.
- Grady, D. (2002). A 60-Year-Old Woman Try to Discontinue Hormone Replacement Therapy. American Medical Association 287(24) : 2130-2137.
- Guarantor, C., Veli, D., Kasim, K. (2006). Effects of Sociodemographic Characteristics, Illness Process, and Social Support on the Levels of Perceived Quality of Life in Veterans. Military Medicine 171 : 11-1083.
- Han, K., Pyoungsook, L., Sookja, L., Eunsook, P. (2003). Factors Influencing Quality of Life in People with Chronic Illness in Korea. Journal of Nursing Scholaship 35(2) : 139-144.
- Hanucharurnkul, S. (1988). Social support, self-care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. Doctoral dissertation. College of nursing, Wayne State University, Detroit.

- Hartman, K.E., Ma, C., Lamvu, G.M., Langenberg, P.W., Steege, J.F. and Kjerulff, K.H. (2004). Quality of Life and Sexual Function After Hysterectomy in Women with Prooperative Pain and Depression. The American College of Obstetricians and Gynecologists 104(4) : 701-709.
- Hillard, P. A. Benign disease of the uterus-leiomyoma uteri and the hysterectomy. (1992). Clinical manual of gynecology (2 nd ed.) : 91-115.
- House, J.S. (1981). The nature of social support. In M.A. Reading (ED.), Work stress and social support 13-23. Philadelphia: Addison Wesley,
- Jacobson, D.E. (1986). Type and timing of social support. Journal of Health and Behavior 27(3) : 250-263.
- Jones, Voaklander, Johnston, & Suarez-Almazor. (2001). The Effect of Age on Pain, Function, and Quality of Life After Total Hip and Knee Arthroplasty. Arch Intern Med 161 : 454-460.
- Kaltreider, N.B., Wallace, A., & Horowitz. (1979). A field study of the stress response syndrome. Young women after hysterectomy. The Journal of the American Medical Association 242(14).
- Karlbetg, J., L.A. Mattsson, and I. Wiklund. (1995). A quality of life perspective on who benefits from estradiol replacement therapy. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 74 : 367-372.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. Journal of personality and social psychology 37(1) : 1-11.
- Lambden, M. P., Ogburn-Russell, L., Moore, S., Croop, J., Bellamy, G., & Preece, C. K. (1997). Women's sense of well-being before and after hysterectomy. Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing 26(5) : 540-548.
- Lambert, C.E., Lambert, V.A., & Klipple, L.G (1990). Relationship among hardiness, social support, severity of illness, and psychological well-being in women with rheumatoid arthritis. Health Care for Women International 11 : 159-173.
- Laughlin, G. A., Barrett, E., & Kritz, D. (2000). Hysterectomy, Oophorectomy, and Endogenous Sex Hormone Levels in Older Women: The Rancho Bernardo Study. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 28(2) : 645-651.

- Lee,H.J. (1992). Relationship of hardiness and current life events to perceived health in rural adult. Research in nursing & health 14 : 351-359.
- Leppert, P.C., Legro, R.S., & Kierulff, K.H. (2007). Hysterectomy and loss of fertility:implications for women's mental health. Journal of psychosomatic research 63(3) : 269-274.
- Linenberger, H. (1997). The lived experience of hysterectomy:A phenomenologic study (CD-ROM).Abstract of :ProQuest File:Dissertation Abstract Item:9716581.
- Lugton, J. (1997). The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. Journal of Advanced Nursing 25 : 1184-1191.
- Mary,P.,Lee,O.,Sharon, M.,Julie, C. 1997. Women's Sense of Well-Being Before and After Hysterectomy. JOGNN 26(5) : 540-548.
- Mast, M.E. (1995). Definition and measurement of quality of life in oncology nursing research:Review and theoretical implications. Oncology Nursing Forum 22(6) : 957-964.
- McPherson, K., Herbert, A., Judge, A., & Clarke, A. (2005). Psychosexual health 5 years after hysterectomy:population-based comparison with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding. Health Expectation 8(3) : 234-243.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life:A concept analysis. Journal of Advanced Nursing 18(1) : 29-38.
- Meiqiong, Y. (1997). Social support and quality of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. Master's Thesis, Graduate school, Faculty of Nursing Science, Chiangmai University.
- Narsavage, G.L., & Weaver, T.E. (1994). Physiologic status, coping, and hardiness as predictors of outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. Nursing Research 43 : 90-94.
- Naughton, M.J. & Mebee, W.L. (1997). Health-related quality of life hysterectomy. Clinical obstetrics and Gynecology 40(4) : 947-957.
- Newton,M. (1988). Complication of abdominal operations. In M. Newton & E.R. Newton (Eds.), Complications of gynecologic and obstetric management 143-174. Philadelphia : W. A. Saunders,



- Orem,D.E. (1985). Nursing Concepts of Practice.3<sup>rd</sup>ed. New York: Mc Graw-Hill Bood Company,
- Orem,D.E. (2001). Nursing Concepts of Practice.6<sup>rd</sup>ed. St.Louis: Mosby.
- Padilla,G., & Grant, M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. Advance in Nursing Science 8 : 45-60.
- Pokras, M. A., & Hufnagel,V. G. (1988). Hysterectomy in the United States 1965-84.American Journal of Public Health 78 : 852-853.
- Pollock, S.E. (1986). Human responses to chronic illness:Physiology and psychosocial adaptation. Nursing Research 35(2) : 90-95.
- Pollock, S.E., & Duffy,M.E. (1990). The Health – related hardiness scale; Development and psychometric analysis. Nursing Research 39(4) : 218 – 222.
- Phillips,L.R. (1991). Social support of the older client. In W.C. Chenitz, J.K. Stone, & S.A. Salisbury(Eds.), Clinical gerontological nursing: A guider to advance Practice 535-544. Philadelphia : W.B. Suanders,
- Proffitt-Rock, E.K. (1998). Women's perceptions of sexual satisfaction after hysterectomy(CD-ROM).Abstract of :ProQuest File:Dissertation Abstract Item:1390157.
- Richards, D. H. (1974). A post-hysterectomy syndrome. The Lancet 2 : 983-985.
- Rohl, J., Kjerulff, K., Langenberg, P., & Steege, J. (2008). Bilateral oophorectomy and depressive symptoms 12 months after hysterectomy. American Journal of Obstetrics and Gynecology 24 (January).
- Rowe, M.K., Kanouse, D.E., Mittman, B.S. & Bernstien, S.J. (1999). Quality of Life Among Women UndergoingHysterectomies. The American College of Obstetricians and Gynecologists 93(6) : 915-921.
- Sammarco, A. (2001). Percieved social support, uncertainty, and quality of life of younger Breast Cancer Survivors. Cancer Nursing 24(3) : 212-219.
- Schofield,M.J., Bennett, A., Redman, S., Walters, W. A., & Sanson-Fisher, R. W. (1991). Self-reported long-term outcomes of hysterectomy. British Journal of Obstetrics and Gynecology 98 : 1129-1136.
- Stovall, T. G. (1996). Hysterectomy.In J. S. Berek, E. Y. Adshi, & P. A. Hillard ( Eds.), Novak's Gyneecology(12 th ed.) 727-767. Balimore : Williams & Wilkins,

- The World Health Organization Quality of Life Assessment Group. (1996). People and health: What quality of Life ? World Health Forum 17(4) : 354-356.
- Walsgrove H. (2001). Hysterectomy. Nursing Standard 15(29) : 47-53.
- Wang, X.Q., Lambert, C.E., & Lambert, V.A. (2007). Anxiety, depression and coping strategies in post-hysterectomy Chinese women prior to discharge. International Nursing Review 54(3) : 271-279.
- Wasaha, S., & Angelopoulos, F. M. (1996). What every women should know about menopause. American Journal of Nursing, 29(1) : 25-33.
- Wheller, D. (1994). Hysterectomy. In M. Gulanick, D. Gradishar, M.K. Puzas, & K. V. Gettrust (Eds.), Obstetric and gynecologic nursing 162-172. Albany : Delmar Publisher,
- Williamson, M. L. (1992). Sexual adjustment after hysterectomy. Journal of Obstetric Gynecology & Neonatal Nursing 21(1) : 42-47.
- Yen, C., Jihjin, T., Poliang, L. (2004). Quality of life and its correlates in HIV/AIDS male outpatients receiving highly active antiretroviral therapy in Taiwan. Psychiatry and Clinical Neurosciences 58 : 501-506.
- Zhan, L. (1992). Quality of Life: conceptual and measurement issues. Journal of Advanced Nursing 17(7) : 795-800.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรีและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต จำนวน 42 ข้อ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี จำนวน 25 ข้อ
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับตัวท่านเอง โดยทำเครื่องหมาย / ลงใน  และเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี (หากมีเศษมากกว่า 6 เดือน ให้ปัดเพิ่ม)
2. ศาสนา
  - 1) พุทธ       2) อิสลาม       3) คริสต์       4) อื่นๆ ระบุ.....
3. จำนวนบุตร
  - 1) ไม่มี       2) มี.....คน
4. ระดับการศึกษา
  - 1) ประถมศึกษา       2) มัธยมศึกษา       3) อนุปริญญา
  - 4)ปริญญาตรี       5) สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
  - 1) รับราชการ       2) รัฐวิสาหกิจ       3) เกษตรกรรม
  - 4) ค้าขาย       5) รับจ้าง
  - 6) ไม่ได้ทำงานสาเหตุ.....
6. สถานภาพสมรส
  - 1) โสด       2) คู่
  - 3) หม้าย       4) หย่า / แยกกันอยู่
7. การรักษาด้วยฮอร์โมน
  - 1) ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน
  - 2) **ไม่**ได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมน

#### สำหรับผู้วิจัย

การวินิจฉัยโรค.....

วิธีการผ่าตัด.....

วันที่ผ่าตัด.....เดือน.....พ.ศ.....



## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของท่านภายหลังการผ่าตัด  
กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับตัวท่านนับจากหลังผ่าตัดจนถึงปัจจุบัน ขอให้ท่านตอบให้ครบทุกข้อ  
คำถาม แต่ละข้อคำถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตาม  
เกณฑ์ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด หรือไม่มีความรู้สึกตามข้อนั้นเลย

คำถาม	ระดับความเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ด้านที่ 1 ความพึงพอใจในชีวิต</b>					
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจความเป็นอยู่ในปัจจุบัน					
2. ปัจจุบันท่านรู้สึกว่าชีวิตมีอุปสรรค					
3. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการรักษาด้วยการตัดมดลูกหรือการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่					
4. ท่านพึงพอใจกับสัมพันธภาพในครอบครัวของท่าน					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้มีการร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลในครอบครัว					
6. ท่านรู้สึกครอบครัวของท่านเป็นครอบครัวที่มีความสุข					

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี

**คำชี้แจง** แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ขอให้ท่านตอบให้ครบทุกข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านทุกประการ  
 เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง  
 เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง  
 เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่านเล็กน้อย  
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงที่เกิดขึ้นกับท่าน

คำถาม	ความคิดเห็นของท่าน				
	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1. ครอบครัว ญาติพี่น้องหรือเพื่อน ต้องการให้ฉันมีชีวิตอยู่ถึงแม้ว่าฉันจะไม่สามารถมีบุตรได้อีก					
2. แม้ว่าฉันจะไม่สามารถมีบุตรได้อีก แต่ฉันต้องการมีชีวิตอยู่เพื่อเห็นความสำเร็จของบุคคลที่ฉันรัก					
3. ถึงแม้ว่าฉันจะถูกตัดมดลูกไปแต่ฉันยังสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้					
4. หลังการผ่าตัดฉันยังมีหลายสิ่งหลายอย่างที่ฉันต้องทำเพื่อครอบครัว ญาติ พี่น้องหรือเพื่อน					
5. ฉันต้องดูแลสุขภาพของตนเองหลังการผ่าตัดให้ดี เพื่อจะได้อยู่ดูแลคนที่ฉันรักต่อไป					
6. ฉันดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี เพื่อช่วยให้ฉันต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้					

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของท่านภายหลังการผ่าตัด กรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยเติมเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างตามเกณฑ์ ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
เป็นจริงส่วนใหญ่	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงน้อย
ไม่เป็นความจริง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย

คำถาม	ความคิดเห็นของท่าน			
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนใหญ่	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นความจริง
<b>ด้านอารมณ์</b>				
1. หลังการตัดมดลูกท่านได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างอย่างสม่ำเสมอ				
2. ในยามที่ท่านได้รับผลกระทบจากการตัดมดลูก ท่านได้รับการสัมผัสอย่างอ่อนโยนจากบุคคลรอบข้างอย่างสม่ำเสมอ				
3. ท่านได้รับคำปลอบโยนจากบุคคลใกล้ชิดของท่านอย่างสม่ำเสมอ				
4. มีบุคคลใกล้ชิด เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือญาติมาเยี่ยมเยียนท่านที่บ้านหลังการผ่าตัด				
<b>ด้านข้อมูลข่าวสาร</b>				
1. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีในการรักษาตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตัดมดลูก				
2. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหลังการตัดมดลูก เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด				

## ภาคผนวก ข

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์
ดร. ณัฐฐิตา เพชรประไพ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
อาจารย์ เบญจมาภรณ์ จันทโรทัย	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
อาจารย์ อภรณ์ ภู่อภัยการ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





## ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### (Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก
2. ชื่อผู้วิจัย นางจุฬารัตน์ สยงกุล นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลตราง  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 075-218018 9 ต่อ 1401 โทรศัพท์ที่บ้าน -  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0897302689  
E- mail : Julaporn.K student@chula.ac.th
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
  - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก
  - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
    - เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกหรือการตัดมดลูกร่วมกับรังไข่ออกทั้งสองข้าง
    - เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก
    - เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีหลังผ่าตัดมดลูกจากอายุ ระดับการศึกษา ความเข้มแข็งอดทนของสตรี การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก
  - 4.3 เป็นการศึกษาเชิงบรรยายที่ผู้วิจัยคาดว่า ไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับสตรีหลังการผ่าตัดมดลูก ที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้อมูลซึ่งอาจจะไปถึงสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกจะถูกถอดออกเป็นรหัสผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ให้ข้อมูล
5. ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ในการตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต 3) แบบสอบถามความเข้มแข็งอดทนของสตรี 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
6. ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นสตรีวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 – 59 ปี
7. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา(ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ

นางจุฬารัตน์ สัยงกุล ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 0897302689

8. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว โดยไม่ชักช้า
9. ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว
10. ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการได้รับบริการหรือการรักษาที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับแต่ประการใด
11. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
12. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์
13. จำนวนประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 117 ราย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาฯ อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท  
 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2253-2395 E-mail: irbcu@yahoo.com

COA No. 021/2551

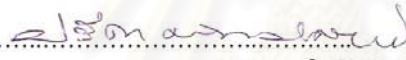
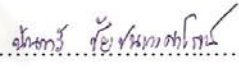
### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งออกทนของสตรีและ  
 การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของสตรีหลังการตัดมดลูก

ผู้วิจัยหลัก : นางจุฬารัตน์ สัยงกุล นิสิตระดับมหาบัณฑิต

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 อนุมัติในแจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  ลงนาม.....   
 (ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทศนประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)  
 ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 19 มีนาคม 2551

วันหมดอายุ 18 มีนาคม 2552

### เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน เงื่อนไข
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร/ประชากรตัวอย่าง, ใบยินยอม, และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตรา  
 ของคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช่ เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งบทความผลการวิจัยในรูปแบบ CD ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
7. โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปี เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ส่งบทความผลการวิจัยในรูปแบบ CD  
 ภายใน 60 วัน

## ภาคผนวก ง

ตารางที่ 20 ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเข้มแข็งอดทนของสตรี เป็นรายข้อ

ความเข้มแข็งอดทนของสตรี	$\bar{X}$	SD
1. ครอบครัวยุติพี่น้องหรือเพื่อนต้องการให้ฉันมีชีวิตอยู่ถึงแม้ว่าฉัน จะไม่สามารถมีบุตรได้อีก	4.53	.83
2. แม้ว่าจะไม่สามารถมีบุตรได้อีกแต่ฉันต้องการมีชีวิตอยู่เพื่อเห็น ความสำเร็จของบุคคลที่ฉันรัก	4.67	.66
3. ถึงแม้ว่าฉันจะถูกตัดมดลูกไปแต่ฉันยังสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่น ได้	4.62	.54
4. หลังการผ่าตัดฉันยังมีหลายสิ่งหลายอย่างที่ฉันต้องทำเพื่อครอบครัว ยูติ พี่น้องหรือเพื่อน	4.52	.62
5. ฉันต้องดูแลสุขภาพของตนเองหลังการผ่าตัดให้ดี เพื่อจะได้อยู่ดูแล คนที่ฉันรักต่อไป	4.74	.46
6. ฉันดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี เพื่อช่วยให้ฉันต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้	4.56	.55
7. ฉันใช้เวลาทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น	4.31	.65
8. ไม่ว่าจะทำอะไรก็ตามฉันพยายามทำทุกอย่างให้ดีที่สุด	4.49	.55
9. ฉันสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แม้จะรู้ว่าตนเองได้รับการผ่าตัด มดลูก	4.53	.60
10. ฉันต้องการให้บุคคลรอบข้างปฏิบัติต่อฉันเหมือนคนปกติที่ไม่ เจ็บป่วย	4.36	.68
11. ฉันต้องยืนหยัดต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นหลังการผ่าตัด มดลูก	4.28	.83
12. ประสบการณ์การผ่าตัดมดลูกครั้งนี้ ทำให้ฉันอดทนและเข้มแข็งขึ้น	4.25	.79
13. แม้ว่าการตัดมดลูกทำให้ฉันทุกข์ทรมาน แต่ฉันเชื่อว่าฉันอยู่ต่อไปได้	4.28	.97
14. ฉันพยายามทำทุกอย่างให้ตนเองพ้นจากความทุกข์ทรมานทางด้าน ร่างกายที่เกิดจากการตัดมดลูก	4.02	1.27
15. ฉันบอกตัวเองว่าต้องยืนหยัดต่อสู้กับการเปลี่ยนแปลงหลังการตัด มดลูกให้ได้	4.35	.74

ตารางที่ 23 ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเข้มแข็งอดทนของสตรี เป็นรายข้อ(ต่อ)

ความเข้มแข็งอดทนของสตรี	$\bar{X}$	SD
16.ฉันคาดหวังว่าหลังการผ่าตัดสุขภาพของฉันต้องดีขึ้น	4.46	.57
17.เมื่อฉันต้องการความช่วยเหลือ ฉันเชื่อว่าครอบครัว ญาติ พี่น้อง หรือเพื่อนยินดีที่จะช่วยฉัน	4.37	.71
18.ฉันเลือกทำสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ โดยไม่กังวลกับสิ่งที่ทำไม่ได้	4.17	.83
19.ฉันเชื่อว่าการที่สุขภาพดีขึ้นหลังการผ่าตัดมีสาเหตุมาจากความดีที่ฉันเคยทำมา	3.91	1.12
20.คนที่เจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าฉันยังสามารถมีชีวิตยืนยาวอยู่ได้	4.41	.70
21.ฉันเชื่อว่าการที่ฉันต้องตัดมดลูก ไม่ได้สร้างความเดือดร้อนให้กับครอบครัว ญาติ พี่น้อง หรือเพื่อน	4.38	.86
22.หลังการตัดมดลูกครอบครัวของฉันมีความเห็นอกเห็นใจและมีความผูกพันกันมากขึ้น	4.26	.85
23.ประสบการณ์การตัดมดลูก ทำให้ฉันเข้าใจ และเห็นใจผู้อื่นมากขึ้น	4.38	.73
24.การตัดมดลูก ทำให้ฉันมองดูสิ่งที่อยู่รอบตัวด้วย ความคิดที่แตกต่างไปจากเดิม	3.54	1.28
25.ประสบการณ์การตัดมดลูก ทำให้ฉันเรียนรู้โลกและชีวิตมากขึ้น	3.91	1.10

ตารางที่ 24 ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความการสนับสนุนทางสังคม เป็นรายข้อ

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD
1. หลังการตัดมดลูกท่านได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างอย่างสม่ำเสมอ	3.24	.70
2. ในยามที่ท่านได้รับผลกระทบจากการตัดมดลูกท่านได้รับการสัมผัสอย่างอ่อนโยนจากบุคคลรอบข้างอย่างสม่ำเสมอ	3.20	.73
3. ท่านได้รับคำปลอบโยนจากบุคคลใกล้ชิดของท่านอย่างสม่ำเสมอ	3.22	.71
4. มีบุคคลใกล้ชิด เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือญาติมาเยี่ยมเยียนท่านที่บ้านหลังการผ่าตัด	3.26	.72
5. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีในการรักษาตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตัดมดลูก	3.03	.78



ตารางที่ 24 ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความการสนับสนุนทางสังคม เป็นรายข้อ (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD
6. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหลังการตัดมดลูก เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด	3.23	.78
7. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการสังเกตอาการผิดปกติของผิวหนัง อวัยวะสืบพันธุ์ด้วยตนเอง	2.92	.95
8. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องหลังออกจากโรงพยาบาลไปพักฟื้นที่บ้าน	3.19	.77
9. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมาใช้บริการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลที่ท่านรับการผ่าตัด	3.35	.68
10. บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลากรทางการแพทย์ให้คำยกย่องท่านเมื่อท่านปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	2.91	.76
11. บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลากรทางการแพทย์ตักเตือนท่านเมื่อท่านปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	2.72	.81
12. บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลากรทางการแพทย์ให้การยอมรับความสามารถของท่านแม้ท่านจะผ่านการตัดมดลูก	3.03	.73
13. มีบุคคลใกล้ชิดมาขอคำปรึกษาจากท่านเกี่ยวกับการตัดมดลูกหรือเรื่องอื่นๆ	2.98	.84
14. มีบุคคลอื่นๆ เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน มาขอคำปรึกษาจากท่านเกี่ยวกับการตัดมดลูกหรือเรื่องอื่นๆ	2.97	.87
15. บุคคลรอบข้างคิดว่าท่านมีความสามารถไม่แตกต่างไปจากบุคคลที่ไม่ได้ตัดมดลูก	3.09	.78
16. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินเกี่ยวกับการตัดมดลูกเมื่อท่านมีปัญหา	2.46	1.00
17. หลังการผ่าตัดท่านได้รับการดูแลจัดหาเสื้อผ้า ของใช้ในชีวิตประจำวันจากบุคคลใกล้ชิด	2.54	.97

ตารางที่ 24 ข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความการสนับสนุนทางสังคม เป็นรายข้อ (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	SD
18. หลังการตัดมดลูกเมื่อท่านเจ็บป่วยท่านมีคนช่วยดูแลในเรื่อง อาหารการกิน	3.15	.81
19. บุคคลใกล้ชิดพาท่านไปพบแพทย์ตามนัดหรือเมื่อท่านไม่สบาย	3.27	.83
20. บุคคลรอบข้างท่านช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในการทำงานของ ท่าน เช่น ทำงานบ้านแทน ไปทำธุระให้ เป็นต้น	3.03	.81



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางจุฬารัตน์ สยงกุล เกิดวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2520 ที่จังหวัดตรัง สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ในปีการศึกษา 2543 เข้าศึกษาหลักสูตรปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2548 ปัจจุบันรับราชการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ปฏิบัติงานห้องผ่าตัดที่โรงพยาบาลตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย