



สุขภาวะทางเพศในสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชหลังได้รับการผ่าตัดมดลูก

ชุตินันท์ เอื้อจิตวิชัย พย.ม.*

บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ ปร.ด.**

ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะทางเพศและปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังการผ่าตัดมดลูก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชหลังได้รับการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ จำนวน 65 คนที่มาตรวจตามนัดหลังผ่าตัด ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2561 โดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โรค และการรักษา ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และส่วนที่ 3 แบบสอบถามสุขภาวะทางเพศ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนและสถิติแมนนิตนีย์ ยูเทส

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 45.22 ปี ($SD = 5.64$) ระยะเวลาการสมรสหรืออยู่ร่วมกันมีค่าเฉลี่ย 18.42 ปี ($SD = 7.74$) มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับค่อนข้างดี (ร้อยละ 56.9) และระดับดี (ร้อยละ 36.9) มีสุขภาวะทางเพศในระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.2) และมาก (ร้อยละ 12.3) จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะทางเพศพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางเพศในสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .001$) ส่วนอายุ และระยะเวลาการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาวะทางเพศในสตรีที่มีระดับการศึกษาต่างกัน และได้รับการผ่าตัดต่างชนิดกัน พบว่า ไม่มีความแตกต่างของสุขภาวะทางเพศในสตรีที่มีระดับการศึกษาและ การผ่าตัดต่างชนิดกัน

ผลการศึกษานี้ทำให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของสุขภาวะทางเพศและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางเพศในสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชหลังการผ่าตัด เจ้าหน้าที่ที่มรสุมภาพควรส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาวะทางเพศและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาวะทางเพศ ตัดมดลูก ปัจจัย

*นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: chutipun.aue@gmail.com โทรศัพท์ 0918783271

**corresponding author อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: bualuang.sum@mahidol.ac.th

***อาจารย์ที่ปรึกษารอง สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: kanitha.han@mahidol.ac.th



Sexual Health in Women with Gynecological Problem after Hysterectomy

Chutipun Auejittaweetchai M.N.S.*

Bualuang Sumdaengrit PhD**

Kanitha Hanprasitkam PhD***

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine sexual health and factors related to sexual health in women after hysterectomy with/without oophorectomy. Participants were 65 women with gynecologic problems after surgery from 3 months to 1 year, age between 20-59 years, at gynecologic out patients department of Ramathibodi Hospital. Data were collected from July to September 2018 by using three instruments; 1) Demographic data Personal, Disease, and Treatment Questionnaires; 2) The Dyadic Adjustment Scale; and 3) The Sexual Health Questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics, Spearman rank correlation coefficient, and Mann-Whitney U test.

Results found that the average age of participants was 45.22 years ($SD = 5.64$) and duration of marriage was 18.42 years ($SD = 7.74$). Levels of dyadic adjustment of women were in quite well (56.9%) and well (36.9%) whereas levels of sexual health were in moderate (69.2%) and high (12.3%). In addition, there was a positive correlation between dyadic adjustment and sexual health in women with gynecological problem after surgery ($r = .47, p < .001$) but there was no significant correlation between age, duration of marriage and sexual health. Moreover, there was no significant difference of sexual health between education level and types of surgery.

Results from this study can be used as evidence based for health care providers to understand sexual health and factors related to sexual health in women with gynecological problem after surgery. Promoting dyadic adjustment should be a focus in marital life in women after hysterectomy with/without oophorectomy as it is necessary for improving their sexual health and quality of life.

Keywords: sexual health, hysterectomy, factors

*Master student, Adult Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: chutipun.aue@gmail.com Tel 0918783271

**Corresponding author, Major advisor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University E-mail: bualuang.sum@mahidol.ac.th

***Co advisor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University E-mail: kanitha.han@mahidol.ac.th



บทนำ

การผ่าตัดมดลูกเป็นมาตรฐานการรักษาโรคทางนรีเวชอันดับแรก ในประเทศไทยพบว่ามีสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกประมาณ 32,000 รายต่อปี ผ่าตัดมดลูกอย่างเดียวร้อยละ 45 และผ่าตัดมดลูกร่วมกับการตัดรังไข่คิดเป็นร้อยละ 55¹ ส่วนในโรงพยาบาลรามาธิบดีซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีสถิติสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชได้รับการผ่าตัดมดลูกในปี ค.ศ. 2003-2013 จำนวนปีละ 800-1,000 คน² ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ได้แก่ เนื้องอกของกล้ามเนื้อมดลูก ภาวะที่อวัยวะในอุ้งเชิงกรานหย่อนเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ และโรคเม็เร็งอวัยวะสืบพันธุ์ การผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ แม้จะเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สามารถรักษาชีวิตของผู้ป่วยได้ แต่ก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกาย ระบบอวัยวะสืบพันธุ์และฮอร์โมนต่างๆ ส่งผลกระทบต่อสตรีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสัมพันธภาพและความรัก อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพทางเพศของสตรีและคู่สมรสได้³

สุขภาพทางเพศเป็นความสัมพันธ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และสัมพันธภาพความรักเกี่ยวกับเพศวิถี ตามการรับรู้ความสุข ความทุกข์ของตนเอง ประกอบด้วย มิติด้านเพศสัมพันธ์ ด้านอวัยวะของผู้หญิง และด้านการแสดงออกทางเพศ⁴ มิติด้านเพศสัมพันธ์ ในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกอาจมีเพศสัมพันธ์กับสามีเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นประสาทและเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศ ทำให้การสร้างสารหล่อลื่นลดลงเกิดการบวมของอวัยวะเพศ อวัยวะต่างๆ ในอุ้งเชิงกรานเคลื่อนไหวนไหวไต่ลดลง และการตัดปากมดลูกออกทำให้การส่งสัญญาณต่างๆ ถูกทำลาย เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะการกระตุ้นและการถึงจุดสุดยอดลดลง ช่องคลอดที่สั้นลงมีผลทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง ผลเป็นบริเวณช่องคลอดที่เกิดจากการผ่าตัดทำให้เกิดการเจ็บปวดขณะร่วมเพศได้⁵ รวมทั้งการตัดรังไข่ทั้ง 2 ข้าง จะมีผลทำให้ฮอร์โมนเพศลดลงหรือขาดหายไปโดยเฉพาะในสตรีกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อาจก่อให้เกิดการเจ็บปวดขณะร่วมเพศ ความตื่นตัวทางเพศ การบรรลุนัดสุดยอดทางเพศและความต้องการทางเพศลดลง⁷ ทำให้สตรีไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์ แต่บางครั้งสตรีอาจต้องยินยอมเพราะเป็นการทำตามหน้าที่ในบทบาทของภรรยา⁸ จึงอาจทำให้สตรีไม่มีความสุขด้านเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสภายหลังการผ่าตัดได้ นอกจากนี้การผ่าตัดยังกระทบ

กับมิติด้านอวัยวะของผู้หญิง ทั้งนี้เนื่องจากการมีการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ซึ่งถือว่าเป็นการสูญเสียอวัยวะที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ อาจส่งผลให้สตรีขาดความมั่นใจในขณะที่มีเพศสัมพันธ์กับสามี⁹ ส่วนมิติด้านการแสดงออกทางเพศ เป็นการแสดงออกด้านอารมณ์ความรู้สึก การพูดเรื่องเพศ และพฤติกรรมทางเพศ การดูแลเอาใจใส่ หรือการแสดงความรักห่วงใย ให้กับใจกัน¹⁰ จากภาวะสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่อาจทำให้สุขภาพทางเพศของสตรีลดลงได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก ร้อยละ 64 เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกภายหลังการรักษาไปแล้ว 3-6 เดือน^{11,12} แต่ในการปฏิบัติงานทางคลินิก สตรีสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติหลังผ่าตัด 6-8 สัปดาห์ แสดงว่าสตรีเหล่านี้ไม่กลัมีเพศสัมพันธ์ นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในการกลับคืนเข้าสู่การดำเนินชีวิตตามปกติของสตรี จึงอาจมีปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์หรือมีผลต่อสุขภาพทางเพศของสตรี ได้แก่ อายุ¹³⁻¹⁵ ระดับการศึกษา¹⁶⁻¹⁸ ระยะเวลาการสมรส^{15,19} ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ^{14,20} และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส^{10,13} ซึ่งพบว่า อายุที่มากขึ้น ความต้องการทางเพศและ การตอบสนองทางเพศลดลง จึงเกิดความบกพร่องทางเพศได้^{12,13,15} ทำให้มีสุขภาพทางเพศน้อย ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถหาข้อมูลหรือวิธีการในการหาความสุขทางเพศได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษา^{16,17} และสตรีที่มีระยะเวลาการสมรสหรืออยู่ร่วมกันกับสามีเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความรัก ความผูกพันและเข้าใจกัน¹⁵ รวมทั้งมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่ดี^{10,13} ส่งผลให้มีสุขภาพทางเพศมาก สตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องมีปัญหาด้านความต้องการทางเพศ²⁰ การตื่นตัวทางเพศ การถึงจุดสุดยอดทางเพศ และความพึงพอใจทางเพศมากกว่าการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง^{14,20} จึงทำให้มีสุขภาพทางเพศน้อย

การศึกษาสุขภาพทางเพศและปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพทางเพศในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกในประเทศไทยมีจำนวนน้อยและส่วนมากศึกษาในสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวช ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสุขภาพทางเพศและปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพทางเพศในสตรีหลังได้รับการผ่าตัดมดลูกจากโรคทางนรีเวชที่ไม่ใช่มะเร็ง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาล รวมทั้งให้ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศแก่สตรีที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสุขภาวะทางเพศและปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะทางเพศในสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชหลังได้รับการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นนี้เป็นการศึกษาแบบความสัมพันธ์เชิงบรรยาย เพื่อศึกษาสุขภาวะทางเพศและปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะทางเพศในสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชหลังได้รับการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวช โรงพยาบาลรามารับดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ สตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชหลังได้รับการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ในระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ไม่ได้เป็นโรคมะเร็งทางนรีเวช อายุระหว่าง 20-59 ปี มีคู่ที่ใช้ชีวิตร่วมกัน จันทน์สามีภรรยาและเคยมีเพศสัมพันธ์หลังการผ่าตัดอย่างน้อย 1 ครั้ง สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือ จำนวน 65 คน ในระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2561 โดยคำนวณจากการใช้โปรแกรม G* power ที่กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติแบบ 2 ทาง เท่ากับ 0.05 และค่าความสัมพันธ์จากการศึกษาก่อนหน้านี้เท่ากับ 0.34 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแบบสอบถามสุขภาวะทางเพศ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพและการรักษา สร้างโดยผู้วิจัยและคณะ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาสมรส จำนวนบุตร อาชีพ รายได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสพัฒนามาจากแบบวัดการปรับตัวในชีวิตคู่ที่สร้างโดยสเปียร์เนอร์ และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยสายพิณเกษมกิจวัฒนา²¹ ร่วมกับการปรับแบบสอบถามเพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเห็นพ้องกัน ความพึงพอใจ ความกลมเกลียว และการแสดงความรัก มีจำนวน 28 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-5 โดย 0 หมายถึง ไม่เคยเลย จนถึง 5 หมายถึง ตลอดเวลา แปลผลโดยใช้คะแนนรวมแล้วหาค่า

เฉลี่ยตั้งแต่ 0-5 คะแนน ดังนี้ 0-1.99 คะแนน หมายถึงมีสัมพันธภาพกับคู่สมรสไม่ดี 2-2.99 คะแนน หมายถึงมีสัมพันธภาพกับคู่สมรสค่อนข้างไม่ดี 3-3.99 คะแนน หมายถึงมีสัมพันธภาพกับคู่สมรสค่อนข้างดี 4-5 คะแนน หมายถึงมีสัมพันธภาพกับคู่สมรสดี แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96 ทดลองหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มคนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .95 ส่วนค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาค้นครั้งนี้ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .91

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสุขภาวะทางเพศ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยของทัดทรวง ปุญญทูลังศรี ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ เพศสัมพันธ์ อวัยวะของผู้หญิง และการแสดงออกทางเพศ มีจำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 โดย 0 หมายถึง ไม่มีเลย จนถึง 4 หมายถึง มากที่สุด แปลผลโดยใช้คะแนนรวมแล้วหาค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0-4 คะแนน ดังนี้ 0-1.99 คะแนน หมายถึงมีสุขภาวะทางเพศระดับน้อย 2-2.99 คะแนน หมายถึงมีสุขภาวะทางเพศระดับปานกลาง 3-4 คะแนน หมายถึงมีสุขภาวะทางเพศระดับมาก แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92 ทดลองหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มคนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาคแอลฟา เท่ากับ .75 ส่วนค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาค้นครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล ภายหลังผ่านการอนุมัติ ได้ทำหนังสือแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์ และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด รวมทั้งไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่จากแฟ้มประวัติที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวช และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยจึงเชิญกลุ่ม



ตัวอย่างไปยังห้องว่างที่มีความเป็นส่วนตัว ภายในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวช พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในหนังสือขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยและดำเนินการเก็บข้อมูลจำนวน 28 ราย สำหรับสตรีที่ไม่มีการนัดตรวจภายหลังได้รับการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป ผู้วิจัยจึงขอเก็บข้อมูลทางไปรษณีย์โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อสตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่จากทะเบียนประวัติผู้ป่วย และคัดเลือกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยจึงขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการ และประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งการไม่เปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงส่งแบบสอบถามและซองใส่แบบสอบถามสำหรับปิดผนึกพร้อมติดแสตมป์เจ้าหน้าที่ของถึงผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์จำนวนทั้งหมด 44 ฉบับ ได้รับแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์จำนวน 37 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 84.09 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้ไปบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation) และเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร 2 กลุ่มด้วยสถิติ Mann-Whitney เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูล

แบบเฉพาะเจาะจง ไม่มีการสุ่มเก็บตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 32-57 ปี อายุเฉลี่ย 45.22 ปี ($SD = 5.64$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.4 จบการศึกษาดังแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 49.2 ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่ร้อยละ 30.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 10,001-20,000 บาท ระยะเวลาสมรสเฉลี่ย 18.42 ปี ($SD = 7.74$) ส่วนมากมีระยะเวลาการสมรสอยู่ในช่วง 11-20 ปี ร้อยละ 47.7 และมีบุตร 2 คน ร้อยละ 36.9 สตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชส่วนใหญ่มีประจำเดือนก่อนได้รับการผ่าตัดร้อยละ 96.9 สาเหตุของการผ่าตัดได้แก่ เนื้องอกของกล้ามเนื้อมดลูกร้อยละ 61.5 รองลงมาคือ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่ร้อยละ 60 การผ่าตัดที่ได้รับส่วนใหญ่คือ การผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้องร้อยละ 64.6 ขณะรับการผ่าตัดและหลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 98.5 และ 89.2 ตามลำดับ สตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชได้รับการผ่าตัดมดลูกไปแล้วเป็นเวลาเฉลี่ย 8.31 เดือน ($SD = 2.72$) มีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส 3.82 คะแนน ($SD = 0.52$) ส่วนมากมีสัมพันธภาพกับคู่สมรสค่อนข้างดีร้อยละ 56.9 โดยมีคะแนนด้านความเห็นพ้องและความพึงพอใจอยู่ในระดับดีร้อยละ 58.5 และร้อยละ 56.9 ตามลำดับ ส่วนด้านความกลมเกลียวและการแสดงความรัก อยู่ในระดับค่อนข้างดีร้อยละ 36.9 และ 43 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของสตรีหลังผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ($n = 65$)

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส			
			ไม่ดี จำนวน (%)	ค่อนข้างไม่ดี จำนวน (%)	ค่อนข้างดี จำนวน (%)	ดี จำนวน (%)
โดยรวม	3.82	0.52	-	4(6.2)	37(56.9)	24(36.9)
รายด้าน						
ด้านความเห็นพ้องกัน	4.12	0.56	-	2(3)	25(38.5)	38(58.5)
ด้านความพึงพอใจ	3.90	0.70	1(1.5)	5(7.7)	22(33.9)	37(56.9)
ด้านความกลมเกลียว	3.20	0.88	5(7.7)	20(30.8)	24(36.9)	16(24.6)
ด้านการแสดงความรัก	3.37	0.75	-	17(26.2)	28(43)	20(30.8)



ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยของสุขภาวะทางเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางเพศโดยรวมเฉลี่ย 2.43 ($SD = 0.44$) จากคะแนน 0-4 คะแนน ส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางเพศระดับปานกลาง ร้อยละ 69.2 เมื่อพิจารณาสุขภาวะทางเพศ

รายมิติพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางเพศอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 มิติ ได้แก่ ด้านเพศสัมพันธ์ร้อยละ 47.7 อวัยวะของผู้หญิงร้อยละ 58.4 และการแสดงออกทางเพศร้อยละ 73.9 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของระดับคะแนนสุขภาวะทางเพศของสตรีหลังผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ($n = 65$)

สุขภาวะทางเพศ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับคะแนนสุขภาวะทางเพศ		
			น้อย จำนวน (%)	ปานกลาง จำนวน (%)	มาก จำนวน (%)
โดยรวม	2.43	0.44	12(18.5)	45(69.2)	8(12.3)
รายมิติ					
เพศสัมพันธ์	2.17	0.67	26(40)	31(47.7)	8(12.3)
อวัยวะของผู้หญิง	2.57	0.58	7(10.8)	38(58.4)	20(30.8)
การแสดงออกทางเพศ	2.56	0.47	6(9.2)	48(73.9)	11(16.9)

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอายุและระยะเวลาการสมรสกับสุขภาวะทางเพศ ($r = -.164$, $r = -.046$, $p > .05$) ส่วนสัมพันธ์ภาพระหว่าง

คู่สมรสกับสุขภาวะทางเพศ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .472$, $p < .001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาการสมรส และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสกับสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ($n = 65$)

ตัวแปรที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์	สุขภาวะทางเพศในสตรีหลังผ่าตัด	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) p-value	
อายุ	-.164	.192
ระยะเวลาการสมรส	-.046	.719
สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส	.472	< .001

ผลการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างของสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาและการผ่าตัดที่ได้รับต่างกัน พบว่า ในสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ที่มีระดับการศึกษาและได้รับการผ่าตัด

ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างของสุขภาวะทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -.998$ และ $Z = -1.140$, $p > .05$) (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน และได้รับการผ่าตัดต่างกัน (n = 65)

ชนิดของตัวแปร	n	Mean	(SD)	Sum of Ranks	สุขภาวะทางเพศในสตรีหลังผ่าตัด	
					Z	p-value
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	33	61.45	(11.21)	1013.00	-.998	.318
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	32	64.91	(11.57)	1132.00		
ชนิดของการผ่าตัด						
ผ่าตัดทางหน้าท้อง	42	63.76	(10.70)	1469.00	-1.140	.254
ผ่าตัดโดยการส่องกล้อง	23	62.04	(12.83)	676.00		

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์จนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย คือช่วงอายุระหว่าง 41-50 ปี (อายุเฉลี่ย 45.22 ปี) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สตรีหลังได้รับการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี⁴ ส่วนมากจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 10,001-20,000 บาท มีระยะเวลาการสมรสหรืออยู่ร่วมกันอยู่ระหว่าง 3-35 ปี และส่วนมากมีบุตรจำนวน 2 คน สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับค่อนข้างดี อาจเป็นผลมาจากระยะเวลาในการสมรสด้วย ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการสมรสอยู่ในช่วง 11-20 ปี จึงทำให้เกิดความผูกพันกันซึ่งอาจส่งผลให้มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับค่อนข้างดีหรือมีความสุขในชีวิตสมรสค่อนข้างมาก²² สอดคล้องกับการศึกษาของพวงผกา คงวัฒนานันท์²³ พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่เปลี่ยนแปลงหรือดีขึ้นหลังจากสตรีได้รับการผ่าตัดมดลูก ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่สตรีได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากคู่ของตนนั้น จะเป็นการช่วยให้สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสดีขึ้นได้²⁴

สุขภาวะทางเพศหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ สตรีมีสุขภาวะทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.2 ระดับน้อยร้อยละ 18.5 และระดับมากร้อยละ 12.3 เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เส้นประสาทและเส้นเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ทางเพศ ทำให้การสร้างสารหล่อลื่นลดลงเกิดการบวมของอวัยวะเพศ อวัยวะต่างๆ

ในอุ้งเชิงกรานเคลื่อนไหวดัดลง และการตัดปากมดลูกออกทำให้การส่งสัญญาณต่างๆ ถูกทำลาย เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาการกระตุ้นและการถึงจุดสุดยอดลดลง ช่องคลอดที่สั้นลงมีผลทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง แผลเป็นบริเวณช่องคลอดที่เกิดจากการผ่าตัดทำให้เกิดการเจ็บปวดขณะร่วมเพศได้⁶ รวมทั้งการผ่าตัดมดลูกและรังไข่ทั้ง 2 ข้างร่วมด้วย ทำให้ฮอร์โมนเพศลดลงหรือขาดหายไป ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางเพศได้^{7,25} อย่างไรก็ตามพบว่ามียุติบางรายที่มีสุขภาวะทางเพศดีขึ้นภายหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ เนื่องจากการจัดการปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนออกไป^{26,27} และสตรีเหล่านี้สามารถแสดงออกทางเพศด้วยการแสดงความรักความห่วงใย ความสนใจและเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน รวมทั้งสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ของการเป็นภรรยาได้⁵ จึงมีสุขภาวะทางเพศโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เลือกสรรกับสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ พบว่า อายุและระยะเวลาการสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชได้รับการจัดการอาการทางนรีเวชก่อนผ่าตัด เช่น อาการปวดขณะมีเพศสัมพันธ์จากโรคทางนรีเวช ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน โดยมีอายุเฉลี่ย 45.22 ปี (SD = 5.6) และมีอายุในช่วง 41-50 ปี จำนวนมากถึงร้อยละ 58.5 ประกอบกับมีระยะเวลาการสมรสหรืออยู่ร่วมกันกับคู่สมรสอยู่ในช่วงเดียวกันโดยมีระยะเวลาการสมรสเฉลี่ย 18.42 ปี (SD = 7.74) และมีระยะเวลา



อยู่ร่วมกันอยู่ในช่วง 11-20 ปี จำนวนมากถึงร้อยละ 47.7 จึงทำให้มีสุขภาวะทางเพศใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจทำให้ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอายุและระยะเวลาการสมรสกับสุขภาวะทางเพศได้

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ สามารถอธิบายได้ว่าผลจากโรคหรือการผ่าตัดทำให้เกิดปัญหาสุขภาวะทางเพศ เช่น ความต้องการทางเพศลดลง เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง แต่เนื่องจากมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษามีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีความรักและเข้าใจกัน จึงแสดงวิธีการให้ความรักด้วยวิธีอื่น เช่น โอบกอด หอมแก้ม พุดคุยให้กำลังใจกัน เป็นต้น ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาวะทางเพศน้อยหรือไม่เกิดเลย และหากสตรีมีความพึงพอใจในชีวิตสมรสก็จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจทางเพศมากขึ้น²⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของคณิตราพร ประกอบกิจ และคณะ¹⁰ และอัญชัญ วัฒนะพันธ์ศักดิ์ และคณะ²⁹ พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสก่อนการรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งที่เกี่ยวของกับอวัยวะสืบพันธุ์เพศชายมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากสตรีมีปัญหาขัดแย้งกับคู่สมรสจะส่งผลให้ความต้องการทางเพศและความตื่นตัวทางเพศของสตรีลดลงภายหลังการผ่าตัด รวมทั้งการที่คู่สมรสมีความบกพร่องทางเพศจะส่งผลทางลบต่อความต้องการทางเพศของสตรีด้วย^{12,30}

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ที่มีระดับการศึกษาและการผ่าตัดที่ได้รับต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างของสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าสตรีที่ได้รับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามักพบความบกพร่องทางเพศมากกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า เนื่องจากสตรีที่มีระดับการศึกษาสูงอาจมีความสามารถในการหาข้อมูลหรือสอบถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาวะทางเพศที่พบจากทีมสุขภาพหรือจากแหล่งข้อมูลอื่นได้ดีกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำ เมื่อเกิดความบกพร่องทางเพศขึ้น จึงสามารถหาวิธีจัดการแก้ไขปัญหาก็เกิดได้^{16-18,31} นอกจากนี้ สตรีที่สำเร็จการศึกษาในระดับสูงสามารถสำเร็จความใคร่

ด้วยตนเองได้มากกว่าสตรีที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษา เนื่องจากสตรีที่การศึกษาดีมีมุมมองเกี่ยวกับเพศอย่างกว้างขวาง มีเสรี สามารถหาความสุขได้เอง จึงมีสุขภาวะทางเพศดี³² อย่างไรก็ตามผลการศึกษครั้งนี้ สตรีที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีสุขภาวะทางเพศไม่ต่างกัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน หรือส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับดี จึงอาจทำให้มีสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ไม่ต่างกัน

สุขภาวะทางเพศในสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ที่ได้รับการผ่าตัดที่ต่างกัน ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ El-Toukhy et al.³³ พบว่า 6 เดือนหลังผ่าตัด สตรีที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกด้วยวิธีที่ต่างกัน มีการทำหน้าที่ทางเพศไม่ต่างกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ของสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชนั้น เป็นการกำจัดหรือบรรเทาปัญหาที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางเพศของสตรี ภายหลังการผ่าตัดจึงส่งผลดีต่อสุขภาวะทางเพศของสตรีได้²⁷ ซึ่งไม่จะเป็นการผ่าตัดทางหน้าท้องหรือผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ผลจากการผ่าตัดเป็นการแก้ปัญหาทางนรีเวชที่เกิดขึ้นตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เช่น อาการปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ส่งผลให้สตรีมีสุขภาวะทางเพศดีขึ้น ภายหลังการผ่าตัดทั้งสองวิธี จึงอาจทำให้มีสุขภาวะทางเพศในสตรีหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางเพศ เช่น โรคร่วม ยาที่รับประทาน หรือปัจจัยด้านจิตใจ เป็นต้น เพื่อค้นหาปัจจัยที่อาจมีผลต่อสุขภาวะทางเพศและเพิ่มคุณภาพชีวิตในสตรีกลุ่มนี้ต่อไป
2. ควรมีการศึกษาสุขภาวะทางเพศเชิงคุณภาพในสตรีที่มีปัญหาทางนรีเวชหลังการผ่าตัดมดลูกหรือผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ในระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนแรกหลังการผ่าตัด เพื่อหาสาเหตุของการที่สตรีไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์และนำมาเป็นข้อมูลหรือแนวทางในการให้คำปรึกษากับสตรีและคู่สมรส ช่วยให้สตรีและคู่สมรสสามารถกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้อย่างเหมาะสม



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านที่คอยให้คำปรึกษาและแนะนำสิ่งต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนรีเวช และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. สันธา ศรีสุภาพ. การตัดมดลูกและรังไข่ในสตรีไทย พ.ศ. 2548-2553 [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก <http://haamor.com/th>
2. สำนักเวชสถิติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2003-2013.
3. ธนัท จิรโชติชื่นทวีชัย, กิตติภัฏ เจริญขวัญ. ช่องทางการผ่าตัดมดลูก [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=796:route-of-hysterectomy&catid=48&Itemid=561
4. Ampaijit A, Arpanantikul M, Punyathalang T. Sexual health problems, management, and assisted needs of women with cervical cancer after treatment and their spouses. *Ramathibodi Nursing Journal* 2012; 18(1): 43-57.
5. Punyathalang T. Sexual health in Thai menopausal [Dissertation of nursing]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2549.
6. Downes M, Sonoda Y. A review of hysterectomy and its effect on female sexual function. *Current Sexual Health Reports* 2008; 5: 102-107.
7. Cleary V, Hegarty J, McCarthy G. How a diagnosis of gynecological cancer affects woman's sexuality. *Cancer Nursing Practice* 2013; 12(1): 32-37.
8. Paukhom M. Am I still a woman? : gender identity, sexuality and sexual health of women who have undergone hysterectomy. [Dissertation of arts]. Bangkok: Mahidol University; 2008.
9. Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing* 2010; 14: 137-146.
10. Prakobkit K, Janda T, Sumdaengrit B. Marital relationship before surgery, sexual health, and quality of life in women with breast cancer after surgery and their spouse. *Journal of Nursing and Health Care* 2014; 32(3): 14-23.
11. Kamdaeng P, Sriareporn P, Somboon L. Sexual dysfunction and management in women with gynecological cancer after receiving treatment. *The journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2007; 15(3): 51-65.
12. Bayram GO, Beji NK. Psychosexual adaptation and quality of life after hysterectomy. *Sexuality and Disability* 2010; 28: 3-13.
13. Kongmut P, Sindhu S, Ratinthorn A, leumwananonthachai N. Characteristics and factors influencing sexual dysfunction in women after treatment for cervical cancer. *Journal of Nursing Science* 2010; 28(1): 38-46.
14. Carrubba AR, Flink DM, Sheeder J, Blake EA, Moroney M, Guntupalli SR. Surgical management is associated with sexual dysfunction in gynecological cancer. *Cogent Medicine* 2016; 3(1): 1265277.
15. Nazarpour S, Simbar M, Tehrani FR. Factors affecting sexual function in menopause: A review article. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2016; 55(4): 480-487.
16. Erbil N. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Turkish women attending a maternity and gynecology outpatient clinic. *Sexual Disability* 2011; 2: 377-386.
17. Lou WJ, Chen B, Zhu L, Han SM, Xu T, Lang JH, et al. Prevalence and factors associated with female sexual dysfunction in Beijing, China. *Chinese Medical Journal* 2017; 130: 1389-1394.



18. Sung MH, Lim YM. Factors affecting sexual satisfaction in Korean women who have undergone a hysterectomy. *Australian Journal of advanced Nursing* 2009-2010; 27(2): 46-54.
19. Esfehiani RJ, Fazel N, Dashti S, Moshkani S, Haghighi Hasanabad F, Foji S, Kamalimanesh B. Female Sexual Dysfunction and its Associated Risk Factors: An Epidemiological Study in the North-East of Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2016; 4(1): 498-505.
20. Eken MK, Ilhan G, Temizkan O, Celik EE, Herkiloglu D, Karateke A. The impact of abdominal and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality and psychological condition. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology* 2016; 13(4): 196-202.
21. Kasemkitwatana S. A Causal model of caregiver role stress among wives of chronically ill patients [Dissertation of nursing]. Bangkok: Mahidol University; 1993.
22. Soohinda G, Sampath H, Chaddha MS, Dutta S. Female sexual dysfunction and its relationship with marital satisfaction in Indian women. *Journal of Medical Science and Clinical Research* 2018; 6(2): 762-769.
23. Kongvattananon P. Husbands' experiences after wives' hysterectomy. *Thai Science and Technology Journal* 2014; 22(2): 227-236.
24. Askew JC, Zam M. In sickness and in health: The effects of hysterectomy on women's partners and intimate relationships. *Journal of Couple & Relationship Therapy* 2013; 12(1): 58-72.
25. Avis NE, Colvin A, Karlamangla AS, Crawford S, Hess R, Waetjen LE, et al. Change in sexual functioning over the menopausal transition: Results from the study of women's health across the nation. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* 2017; 24(4): 379-390.
26. Danesh M, Hamzehgardeshi Z, Moosazadeh M, Shabani-Asrami F. The effects of hysterectomy on women's sexual function: A narrative review. *Medicinski Arhiv* 2015; 69(6): 387-392.
27. Punushapai U, Khampitak K. Sexuality after total abdominal hysterectomy in Srinagarind Hospital. *Journal of the Medicine Association of Thailand* 2006; 89(Suppl 4): S112-117.
28. Srimuang J, Roomruangwong C. Marital satisfaction and associated factors among female patients in infertility clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal* 2013; 57(5): 653-665.
29. Wattanapansak A, Janda T, Sumdaengrit B. Marital relationships before treatment, sexual health, and quality of life in male patients with prostate cancer, bladder, colon and rectum after treatment and their partners. *Journal of Nursing and Health Care* 2014; 32(4): 103-113.
30. Kingsberg SA, Rezaee RL. Sexuality after hysterectomy: Hypoactive sexual desire in women. *The Journal of The North American Menopause Society* 2013; 20(12): 1286-1299.
31. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2013; 7(12): 2877-2880.
32. Meston CM, Bradford A. Sexual dysfunctions in women [Internet]. 2007 [cited 2017 July 9]. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091507>.
33. El-Toukhy TA, Hefni MA, Davies AE, Mahadevan S. The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 24(4): 420-425.