

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ การกำหนดขอบเขตของคำถามและการหาแนวทางในการตอบคำถามการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้หญิง ความรู้ด้านชีววิทยาทางการแพทย์และการพยาบาลเกี่ยวกับการตัดมดลูก เพศภาวะกับการตัดมดลูก แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยากับการสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาล รวมทั้งข้อสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ด้วยการทบทวนวรรณกรรม มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้ด้านชีววิทยาทางการแพทย์และการพยาบาลเกี่ยวกับการตัดมดลูก

ความรู้ด้านชีววิทยาทางการแพทย์และการพยาบาลเน้นความรู้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะที่มาจากงานวิจัยขั้นขั้นค้ำจ้ง ความรู้ทางชีววิทยาทางการแพทย์และการพยาบาลเกี่ยวกับการตัดมดลูกจึงเน้นที่การทำความเข้าใจความรู้ทางวิทยาศาสตร์กายภาพ ของมดลูก ดังนี้

1.1 ความรู้ด้านชีววิทยาทางการแพทย์เกี่ยวกับการตัดมดลูก

มดลูกเป็นอวัยวะสืบพันธุ์ภายในของผู้หญิง ลักษณะเป็น โครงสร้างของกล้ามเนื้อ และมีช่องว่างหรือโพรงอยู่ภายใน ตั้งอยู่ในช่องเชิงกราน (true pelvis) มีรูปร่างคล้ายผลชมพู อยู่ทางด้านหน้าของทวารหนักแต่อยู่ทางด้านหลังของกระเพาะปัสสาวะ ส่วนล่างยื่นเข้าไปในช่องคลอด (vagina) ผนังทางด้านหลังทั้งหมดของมดลูกปกคลุมด้วยเยื่อช่องท้อง (peritoneum) และด้านล่างลงไปเป็นถุงที่เรียกว่า คัลติแซก (cul-de-sac หรือ pouch of douglas) ด้านหน้าของมดลูกมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective tissue) กั้นแยกออกจากผนังกระเพาะปัสสาวะ มดลูกมีหลายขนาด และรูปร่างขึ้นอยู่กับอายุและจำนวนการตั้งครรภ์ มดลูกปกติมีความยาวอยู่ระหว่าง 2.5-9.5 เซนติเมตร น้ำหนัก 45-70 กรัม ผนังมดลูกมีความหนาประมาณ 0.5 นิ้ว โพรงมดลูกมีรูเปิด 3 แห่ง คือ รูเปิดบริเวณส่วนบนของมดลูก (cornua) ต่อกับท่อรังไข่ (fallopian tube) และรังไข่ (ovaries) สองข้าง ส่วนล่างเปิดเข้าสู่ช่องคลอด มดลูกแยกออกเป็นสองส่วน คือ ตัวมดลูก (corpus หรือ body) และ ปากมดลูก (cervix) ส่วนต่อของตัวมดลูกและปากมดลูก เรียกว่า อีซมัส (isthmus) (Ryan et al., 1995; Guyton & Hall, 2006; Mosby Elsevier, 2006) ซึ่งหน้าที่ของมดลูกและการตัดมดลูก มีดังนี้

1.1.1 หน้าที่ของมดลูก (uterine functions)

การทำงานของระบบสืบพันธุ์สตรีนั้นมีการทำงานจากหลายส่วนร่วมกันที่เชื่อมโยง และมีความซับซ้อน โดยอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง ต่อม

ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ต่อมาใต้สมอง (pituitary) และรังไข่ โดยรังไข่มีหน้าที่สร้างฮอร์โมนเพศ ได้แก่ เอสโตรเจน (estrogen) และ โปรเจสเตอโรน (progesterone) การทำงานของรังไข่จะถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง คือ follicle-stimulating hormone [FSH] และ luteinizing hormone [LH] ซึ่งถูกควบคุมโดยต่อมไฮโปทาลามัสที่สร้างฮอร์โมน gonadotropin-releasing hormone [GnRH] อีกต่อหนึ่ง และการทำงานของต่อมไฮโปทาลามัสยังได้รับอิทธิพลจากประสาทส่วนกลาง และสิ่งกระตุ้นจากภายนอกอีกด้วย นอกจากนี้ฮอร์โมนเพศและสารต่างๆ ที่หลั่งจากรังไข่ปริมาณที่มากจะย้อนกลับไปควบคุมการทำงานของต่อมใต้สมอง และต่อมไฮโปทาลามัส ซึ่งการทำงานดังกล่าวข้างต้นมีทั้งการกระตุ้นและยับยั้งซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความสมดุลภายในร่างกายของผู้หญิง ผลของฮอร์โมนดังกล่าวมีอิทธิพลต่อมดลูกหลายประการและมีผลต่อหน้าที่ของมดลูก ดังนี้ (Ryan et al., 1995; Guyton & Hall, 2006; นิमित เตชไกรชนะ, 2544; พัชรา วิสุตกุล, 2546; เสวก วีระเกียรติ & สฤกพรธม วิไลลักษณ์, 2548)

1.1.1.1 มดลูกทำหน้าที่เลี้ยงดูและปกป้องตัวอ่อน จากการทำงานของเชื่อมโยงของต่อมไฮโปทาลามัส-ต่อมใต้สมอง-รังไข่ มีจุดมุ่งหมายสำคัญคือ การจัดภาวะแวดล้อมในเยื่อบุมดลูกให้เหมาะสมที่ เป็นอวัยวะที่คอยรองรับไข่ที่ผสมพันธุ์แล้ว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุโพรงมดลูก มี 3 ระยะ คือ 1) ระยะเติบโตงอกงาม (proliferative phase) ที่เตรียมพร้อมสำหรับการฝังตัวของตัวอ่อน 2) ระยะผลิตสารหล่อเลี้ยง (secretory phase) มดลูกทำหน้าที่ปกป้อง เลี้ยงดู และเป็นแหล่งอาหารสำหรับตัวอ่อน (embryo) ที่ฝังตัวอยู่ในเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrium) จนกระทั่งเจริญเป็นทารกจนครบกำหนดคลอด และ 3) ระยะสลายตัว (menstrual phase) เป็นระยะสลายตัวของเยื่อบุโพรงมดลูกกรณีที่ไข่ไม่ได้รับการผสม

1.1.1.2 มดลูกเป็นอวัยวะที่ทำให้เกิดประจำเดือนที่เกิดจากการหลุดลอกออกของเยื่อบุมดลูก (endometrium) ชั้นผิวนอกและชั้นกลาง และจากการฉีกขาดของหลอดเลือด ที่เป็นผลจากการตอบสนองต่อฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และ โปรเจสเตอโรน (progesterone) เมื่อไข่ไม่ได้รับการผสมและฝ่อสลายไปที่เป็นระยะที่ 3 ระยะการสลายตัวของเยื่อบุโพรงมดลูก

1.1.1.3 มดลูกเป็นอวัยวะที่ช่วยในการคลอด โดยต่อมใต้สมองส่วนหลัง (neurohypophysis) จะสร้างฮอร์โมนออกซิโตซิน (oxytocin) และวาโซเพรสซิน (vasopressin) ซึ่งฮอร์โมนออกซิโตซิน มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูก (uterine contraction) ที่ช่วยผลักดันให้ทารกเคลื่อนต่ำและคลอดออกมาภายนอกมดลูก

1.1.1.4 มดลูกเป็นอวัยวะที่ตอบสนองต่อความรู้สึกทางเพศจากการศึกษาของ Masters & Johnson (1966) พบว่า มดลูกตอบสนองต่อความรู้สึกสุดยอด (orgasm)



กล้ามเนื้อมดลูกและช่องคลอดมีการหดตัวเป็นจังหวะ ที่ให้ความรู้สึกกับผู้หญิงและผู้ชายในขณะที่มีเพศสัมพันธ์

1.1.1.5 มดลูกเป็นอวัยวะที่ช่วยในการยึดพยุงอวัยวะอื่น เช่น กระเพาะปัสสาวะและทวารหนัก ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ยื่นย้อย

จากลักษณะกายภาพและหน้าที่ของมดลูกข้างต้น มดลูกจึงเป็นอวัยวะสำคัญที่ทำหน้าที่ “ผลิต” ลูก และมีความสัมพันธ์กับบทบาทของการเป็นแม่และเมีย (ภรรยา) แต่เมื่อมดลูกมีพยาธิสภาพ ทำหน้าที่ไม่ได้และส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตของผู้หญิงแล้วนั้น จึงทำให้มีการตัดสินใจตัดมดลูกออก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุ นอกจากนี้วิธีการตัดมดลูกยังมีความหลากหลาย จึงจะกล่าวต่อไป

1.1.2 การตัดมดลูกออกอย่างเดี่ยว (hysterectomy)

การตัดมดลูกออกอย่างเดี่ยว ซึ่งภาษาอังกฤษตรงกับคำว่า hysterectomy มีวิวัฒนาการการปฏิบัติมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1812 ที่มีการปฏิบัติเป็นครั้งแรก โดยในช่วงแรกเน้นที่ความพยายามรักษาพยาธิสภาพที่เกิดกับผู้หญิง และอัตราการรอดชีวิตของผู้หญิงหลังผ่าตัด (Streicher, 2004) แนวทางการดูแลในปัจจุบันส่วนใหญ่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่เป็นแบบแผนและพัฒนาตลอดเวลา โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการพัฒนาการผ่าตัดที่ปลอดภัย อัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น โดยใช้พยาธิสภาพหรือสาเหตุเป็นสิ่งที่แยกแยะในการตัดสินใจผ่าตัดเอามดลูกออกหรือรักษาด้วยวิธีการอื่นแล้วไม่ได้ผล (Garry, 2005; Berek, 2007) สาระสำคัญของการพิจารณาตัดมดลูก มีดังนี้

1.1.2.1 ข้อบ่งชี้ในการตัดมดลูก ในการวินิจฉัยทางการแพทย์จะมุ่งหาสาเหตุหรือพยาธิสภาพ โดยสาเหตุและพยาธิสภาพจะนำไปสู่วิธีการรักษา การตัดสินใจรักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูกออกยังขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เป็น อันมีผลต่อชีวิตและสุขภาพของผู้หญิง ซึ่งกรณีที่อาการไม่รุนแรงจะมีทางเลือกในการรักษาอาจเสนอแนะให้มาตรวจเป็นระยะๆ ถึงการเปลี่ยนแปลงขนาดของก้อนเนื้องอก หรือรักษาโดยการให้ยา/ฮอร์โมน เช่น GnRH agonists ใช้ในการยับยั้งการเติบโตของก้อนเนื้อ และฮอร์โมนเพศ (Estrogen และ/หรือ Progestin) ใช้รักษาภาวะเลือดออกผิดปกติ เป็นต้น การให้ยารักษาจะให้ทางช่องทางต่างๆ เช่น ยารับประทาน ยาฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือกล้ามเนื้อ ยาพ่นจมูก และการฝังฮอร์โมน เป็นต้น (Streicher, 2004; The Ontario College of Family Physicians, 2005) ส่วนวิธีการรักษาโดยใช้วิธีการตัดมดลูกออกกระทำในกรณีรักษาทางอื่นไม่ได้ผล (Garry, 2005) หรือแพทย์ผู้รักษาวินิจฉัยว่ามีอาการรุนแรงต้องรักษาด้วยการตัดมดลูกออก

สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงได้รับการตัดมดลูกมีหลายสาเหตุ ที่พบมากที่สุด คือ การมีภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (abnormal vaginal bleeding) พบร้อยละ 96 รองลงมา คือ ก้อนเนื้อออกที่มดลูกและรังไข่ (leiomyoma หรือ uterine fibroids, adenomyoma, ovarian tumors) พบร้อยละ 60 และเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis) พบร้อยละ 20 ส่วนปัญหาหมดลูกหย่อน (uterine prolapsed) และภาวะของการปวดระดูเรื้อรัง (chronic pelvic pain) พบร้อยละ 15 และร้อยละ 10 ตามลำดับ ส่วนสาเหตุจากการแท้งบุตรและการตั้งครรภ์พบได้ในอัตราที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุอื่นๆ (Ryden & Blumenthal, 2002; Streicher, 2004; Lowdermilk & Perry, 2004; Elson, 2004; Ladewig et al., 2006; Jacobson et al., 2006; Brandsborg et al., 2008; สมบูรณ์ คุมาริคม และคณะ, 2542) ซึ่งหลักฐานทางการวิจัยจำนวนมากมุ่งเน้นที่วิธีการรักษา การพัฒนาประสิทธิภาพของยาที่ใช้รักษา และวิธีการผ่าตัดที่ก้าวหน้าและทันสมัย สร้างความชำนาญกับแพทย์ผู้ปฏิบัติ (Streicher, 2004; Kuppermann et al., 2004; Schorge et al., 2008)

1.1.2.2 ชนิดของการตัดมดลูก ในตำราทางการแพทย์และทางการพยาบาล การปฏิบัติขึ้นกับพยาธิสภาพของโรคที่เป็น ได้จำแนกเป็น 4 ลักษณะ (Ryan et al., 1995; Ryden & Blumenthal, 2002; Streicher, 2004; Lowdermilk & Perry, 2004; Ladewig et al., 2006; The Ontario College of Family Physicians, 2005; เสวก วีระเกียรติ & สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์, 2548) คือ

(1) การตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง (Total abdominal hysterectomy [TAH]) จะปฏิบัติในกรณีที่มีเนื้องอกขนาดใหญ่ที่มดลูกและรังไข่ และสาเหตุจากมะเร็ง หรือเมื่อถูกสงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง รวมทั้งจะผ่าตัดในผู้หญิงที่มีปัญหาเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ที่อาการรุนแรง เพราะวิธีนี้ค้นหาสาเหตุได้ง่ายเมื่ออยู่ในช่องท้องและวินิจฉัยหาสาเหตุที่แท้จริงได้แน่นอน แต่การผ่าตัดวิธีนี้จะใช้เวลามากกว่าการผ่าตัดทางช่องคลอด และมีโอกาสเสียเลือดและมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าวิธีอื่น

(2) การตัดมดลูกออกทางช่องคลอด (Total vaginal hysterectomy [TVH]) จะปฏิบัติในกรณีมีภาวะหมดลูกหย่อน (pelvic relaxation) มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด หรือมีก้อนเนื้องอกขนาดเล็ก โดยวิธีการผ่าตัดแบบนี้มีประโยชน์ คือ หลังผ่าตัดมีความเจ็บปวดน้อย เสียเลือดน้อย ฟื้นตัวเร็ว ไม่มีรอยแผลเป็นที่หน้าท้อง และใช้เวลาอนพักในโรงพยาบาลสั้นกว่าการผ่าตัดทางหน้าท้อง แต่ผลเสีย คือ เสี่ยงต่อการทำลายท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะได้ง่ายขณะทำการผ่าตัด ต่อมาวิวัฒนาการการใช้เทคโนโลยีช่วยในการผ่าตัดพัฒนามากขึ้น จึงมีทางเลือกใหม่ในการผ่าตัดมากขึ้น

(3) การตัดมดลูกออกโดยการใช้กล้องส่อง (Total laparoscopic hysterectomy [TLH]) เป็นการใช้กล้องส่องทางหน้าท้องยึดโยงมดลูกทางหน้าท้องและช่องคลอด เป็นวิธีที่ช่วยในการผ่าตัดและส่วนใหญ่ทำการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องทางคลอด (Laparoscopy - assisted vaginal hysterectomy [LAVH]) วิธีนี้เสียเลือดน้อยมาก แผลขนาดเล็ก อาจไม่จำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลและใช้เวลาพักสั้นกว่าวิธีอื่น แต่วิธีนี้แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดต้องมีประสบการณ์และความชำนาญสูง ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายกับท่อและกระเพาะปัสสาวะสูงกว่าวิธีอื่นๆ ซึ่งในประเทศไทยพบปรากฏการณ์อันตรายกับท่อและกระเพาะปัสสาวะมีรายงานไว้คล้ายเช่นกัน

(4) การตัดมดลูกออกแต่คงรักษาปากมดลูกไว้ (Supracervical hysterectomy) วิธีนี้ปฏิบัติในประเทศไทยน้อยกว่า 3 วิธีที่กล่าวมาข้างต้น การปฏิบัติจะกระทำในกรณีที่ผู้หญิงได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear) แล้วผลเป็นปกติ วิธีนี้จะช่วยลดระยะเวลาการผ่าตัด และการเสียเลือด รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่อช่องคลอด (vagina) ตัน และเป็นแผลเป็นตึงรั้งภายหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดช่องคลอดยื่นย้อย (vault prolapsed) แต่วิธีนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอหลังผ่าตัด

1.1.2.3 ผลกระทบของการตัดมดลูกออกอย่างเดียว

การตัดมดลูกออกเมื่อพิจารณาจากภายนอกไม่มีการเปลี่ยนแปลงปรากฏให้เห็น มีเพียงรอยแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องถ้าเป็นการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง แต่ถ้าเป็นการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอดไม่ปรากฏให้เห็นความผิดปกติใดๆ ส่วนการตัดมดลูกออกโดยการใช้กล้องส่อง จะมีแผลเล็กๆ ขนาด 1 เซนติเมตร สามจุดบริเวณหน้าท้อง

การตัดมดลูกออก เอ็นยึดมดลูก เส้นเลือดที่หล่อเลี้ยงมดลูก และรังไข่ เส้นประสาทต่างๆจะถูกตัดทำลาย ซึ่งเอ็นยึดมดลูก (ligament) และมีผนังเชิงกราน (pelvic floor) ที่รองรับอยู่ โดยมีเอ็นยึดมดลูก 4 คู่ คือ 1) Broad ligaments เป็นผนังของเยื่อช่องท้องมีสองชั้นติดกับชั้นผนังมดลูกด้านนอก (serosa) ปกคลุม ต่อมมดลูกและปากมดลูก ถ้ามีการยึดขยายหรือฉีกขาดจะเป็นสาเหตุให้มดลูกเคลื่อนต่ำได้ 2) Round ligaments เริ่มจาก cornua ของมดลูกทางด้านหน้าและด้านล่างได้รอยต่อของท่อรังไข่ (fallopian tube) และทอดไประหว่างรอยพับของ Broad ligament ผ่านช่องที่เรียกว่า inguinal canal ไปต่อกับ labium majus ทำหน้าที่ช่วยยึดมดลูกให้อยู่ในท่าคว่ำหน้า (anteversion) 3) Utero-sacral ligaments เป็นส่วนที่ต่อมาจากทางด้านหลังและออกทางด้านข้างของช่วงต่อของตัวมดลูกและปากมดลูกมาต่อกับ sacrum form เอ็นนี้จะยึดดึงปากมดลูกไปทางด้านหลัง 4) Cardinal ligaments ทอดจากทางด้านข้างของปากมดลูกและส่วนบนของช่องคลอดไปยังผนังของอุ้งเชิงกรานทั้งสองข้าง ทอดไปกับ pelvic diaphragm และ

ฝีเย็บ (perineum) เมื่อเอ็นนี้ถูกตัดออก ช่องคลอดจึงเกิดภาวะยื่นย้อยหลังการตัดมดลูกออกได้ ภายหลัง (Ryan et al., 1995; Guyton & Hall, 2006)

นอกจากนี้เส้นเลือดและเส้นประสาทบางส่วนถูกตัดและทำลาย โดยเฉพาะเทคนิคการผ่าตัดที่ไม่เหมาะสม ทำให้เลือดไปเลี้ยงรังไข่ไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อการทำงานของรังไข่ได้ เส้นเลือดที่เกี่ยวข้องมี uterine artery 2 เส้น และ ovarian artery 2 เส้น uterine artery เป็นแขนงของ internal iliac artery ผ่านเข้าไปส่วนล่างของ broad ligament ผ่านท่อไต (ureter) ไปยังมดลูกและแตกแขนงไปเลี้ยงมดลูกทั้งส่วนบนส่วนล่างของปากมดลูกและช่องคลอด ส่วน ovarian artery ไปเลี้ยงส่วนบนของมดลูก ท่อรังไข่และรังไข่ ส่วนหลอดเลือดดำ (vein) จะทอดคู่ขนานกับหลอดเลือดแดงเสมอ ส่วนหลอดน้ำเหลืองจะทอดผ่านไปยัง inguinal node, internal และ external iliac nodes ระบบถ่ายเทน้ำเหลืองของมดลูกจะถ่ายเทจากตัวมดลูกและบริเวณปากมดลูกไปสู่ hypogastric gland และ lumbar nodes

ถึงแม้ว่าการตัดมดลูกออกอย่างเฉียบพลันในทางการแพทย์เชื่อว่าไม่มีผลใดๆต่อร่างกายผู้หญิง แต่มีหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการตัดมดลูกออกและยังรักษารังไข่ไว้ เป็นสาเหตุให้รังไข่ทำงานไม่มีประสิทธิภาพและฝ่อเร็วเมื่ออายุน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ (Siddle et al., 1986; Simon, 2007) ด้วยเหตุผลที่เกิดจากผลของการผ่าตัดทำให้เลือดไปเลี้ยงรังไข่ไม่ดีเท่ากับเมื่อยังมีมดลูกที่มีที่ยึดเหนี่ยว ซึ่งอวัยวะภายในร่างกายจะยึดโยงซึ่งกันและกันด้วยเอ็นและพังผืด และผลของการผ่าตัดทำให้เกิดแผลเป็น หลังการผ่าตัดเอามดลูกออกอาจมีการยึดติดของอวัยวะภายในช่องท้อง โดยเฉพาะถ้ายังมีการรักษารังไข่ไว้ รังไข่มีโอกาสถูกเบียดอยู่ในตำแหน่งไม่เหมาะสมที่เป็นไปตามธรรมชาติ การไหลเวียนของเลือดไม่ดีจึงมีผลกระทบต่อการทำงานของรังไข่ และวิธีการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพอาจช่วยในระดับหนึ่งแต่ไม่สามารถช่วยได้ทั้งหมด (Ryden et al., 2002) จึงทำให้รังไข่ทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพเท่ากับผู้หญิงที่มีมดลูกและรังไข่สมบูรณ์ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะการขาดฮอร์โมนเพศ ในผู้หญิงตัดมดลูกจึงเข้าสู่วัยทองได้เร็วผู้หญิงทั่วไป

1.1.3 การตัดมดลูกร่วมกับการตัดรังไข่ออก

การตัดรังไข่ออกนั้นมักเป็นผลของการมีพยาธิสภาพที่รังไข่ เมื่อตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างผู้ให้การรักษาจะตัดมดลูกออกด้วย เนื่องจากข้อความรู้ทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับรังไข่ที่ทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนเพศ และด้วยฮอร์โมนเพศมีผลต่อสุขภาพของผู้หญิง แต่มดลูกมีหน้าที่เพียงเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และคลอด เมื่อไม่มีรังไข่ก็ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้มดลูกก็หมดประโยชน์ที่จะเก็บไว้ แต่ถ้ามีพยาธิสภาพที่มดลูกรังไข่ปกติจะรักษารังไข่ไว้ให้สร้างฮอร์โมนเพศเพื่อสุขภาพของผู้หญิงในระยะยาว การรักษารังไข่ไว้จึงเป็นสิ่งสำคัญ

1.1.3.1 ชนิดของการผ่าตัดมดลูกออกพร้อมกับการตัดรังไข่ออก

การผ่าตัดมดลูกออกอาจทำการผ่าตัดรังไข่ออกไปด้วย กรณีที่ตัดรังไข่ออกข้างเดียวเรียกว่า Salpingo-oophorectomy (SO) การตัดมดลูกพร้อมกับการตัดรังไข่ออกข้างเดียว ทางหน้าท้อง เรียกว่า Total abdominal hysterectomy with salpingo-oophorectomy (TAH & SO) กรณีที่ตัดมดลูกพร้อมกับรังไข่ออกทั้งสองข้างทางหน้าท้อง เรียกว่า Total abdominal hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy (TAH & BSO) เมื่อผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูกพร้อมรังไข่ออกด้วย ถ้าตัดออกข้างเดียวยังมีรังไข่เหลืออยู่อีกหนึ่งข้างทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนเพศ จะมีผลกระทบเช่นเดียวกับตัดมดลูกออกอย่างเดียว ซึ่งผู้หญิงจะยังคงมีฮอร์โมนเพศ มีการศึกษาของ Parker และคณะ (2005) พบว่า กรณีที่รังไข่ปกติ การตัดมดลูกไม่ควรตัดรังไข่ออกด้วยจนกระทั่งอายุ 65 ปี ถึงแม้จะหมดประจำเดือนแล้วก็ตาม การรักษารังไข่ไว้จะช่วยให้ผู้หญิงมีอายุยืนยาวขึ้น การตัดมดลูกและรังไข่ออกทั้งสองข้าง จะมีผลต่อผู้หญิงทำให้ขาดฮอร์โมนเพศหลังผ่าตัดทันที ผู้หญิงจะมีอาการขาดฮอร์โมนเพศทันทีโดยเฉพาะในผู้หญิงที่ยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ที่มีผลต่อสุขภาพทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (Ryan et al., 1995; Berek et al., 2002; Ryden & Blumenthal, 2002; The Ontario College of Family Physicians, 2005; Schorge et al., 2008)

1.1.3.2 ผลของการตัดมดลูกพร้อมกับตัดรังไข่ออกสองข้าง

ผู้หญิงที่ตัดมดลูกและรังไข่ออกด้วยทั้งสองข้างผู้หญิงจะมีประสบการณ์เหมือนคนที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือน มีการขาดฮอร์โมนเพศ คือ เอสโตรเจน (Estrogen) และ โปรเจสเตอโรน (Progesterone) ทันที โดยมีอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกมาก ช่องคลอดแห้ง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด นอนไม่หลับ หลงลืมง่าย ควบคุมต่อคุณภาพชีวิตของผู้หญิง (Ryden et al., 2002; Simon et al., 2007; Berek, 2007) และผลของการขาดฮอร์โมนเพศ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยา และทำให้ผู้หญิงมีความเสื่อมของร่างกายได้เร็วกว่าปกติจากการขาดฮอร์โมนเพศ ถึงแม้ผู้หญิงแต่ละคนจะไม่ปรากฏอาการหรือมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราหรือความรุนแรงที่ไม่เหมือนกัน แต่ผู้หญิงที่ตัดรังไข่ออกหมดจะได้รับผลกระทบนี้ (กอบจิตต์ ลิมปพยอม และคณะ, 2543; Ratanachaiyanon, 2005; Berek et al., 2007; Shifren & Avis, 2007; Schorge et al., 2008) ดังนี้

(1) การเปลี่ยนแปลงของระบบ vasomotor โดยการลดลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจากการตัดรังไข่ออกหมดทั้งสองข้างจะกระตุ้นให้มีการเพิ่มขึ้นของ hypothalamic norepinephrine ที่เป็นสารส่งผ่านประสาท สามารถกระตุ้นประสาทอัตโนมัติที่ฮัยโปธาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ทำให้เกิดอาการ ร้อนวูบวาบ หนาวๆ ร้อนๆ เหงื่อ

ออกท่วมตัว เหงื่อออกตอนกลางคืน นอนไม่หลับ บางคนมีอาการคลื่นไส้ วิงเวียน ปวดศีรษะ เป็นลมได้

(2) การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง การพร่องฮอร์โมนเพศจากการตัดรังไข่ออกสองข้าง โดยเฉพาะการลดลงของเอสโตรเจนไปมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง เนื่องจาก เอสโตรเจน มีผลต่อโครงสร้างและการทำงานของเซลล์สมอง ทำให้มีผลต่อการจำ การเรียนรู้ เกิดอาการหลงลืมง่าย สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ ในผู้หญิงกลุ่มนี้

(3) การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือดโดยผู้หญิงที่ขาดเอสโตรเจนจะมีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป มีการเพิ่มขึ้นของ factor VII และ fibrinogen ร่วมกับการเพิ่มของ plasminogen activator inhibitor-1 ทำให้กระบวนการ fibrinolysis ลดลง เสี่ยงต่อการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือดในสมอง นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงอัตราการเผาผลาญอาหาร มีการสะสมของไขมันมากขึ้นที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนในผู้หญิงกลุ่มนี้ด้วย

(4) การเปลี่ยนแปลงของกระดูก ผู้หญิงที่ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้มีการสูญเสียกระดูกอย่างรวดเร็ว ซึ่งเอสโตรเจนจะป้องกันไม่ให้เกิดวงจรการย่อยสลายกระดูกเก่าและสร้างกระดูกใหม่เร็วเกินไป ซึ่งการสร้างใหม่จะใช้เวลาานกว่าการสลายกระดูกเก่า (osteoclast) จึงทำให้มีการสูญเสียกระดูก ผลของการขาดฮอร์โมนเพศในระยะยาว ส่งผลให้ผู้หญิงเกิด โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) กระดูกบางและหักง่าย

(5) การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ การพร่องฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เยื่อเมือกและเซลล์บุผิวบางลง มีการฝ่อลีบของอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (urogenital atrophy) ช่องคลอดแห้ง ติดเชื้อง่าย ผู้หญิงบางคนไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้

(6) การเปลี่ยนแปลงและปัญหาทางเพศ การขาดฮอร์โมนเพศ มีผลต่อการลดลงของปฏิกิริยาต่อการกระตุ้นทางเพศ เช่น การตั้งตัวของกล้ามเนื้อ ความเร็วในการตื่นตัวของคลิตอริส การหลั่งสารหล่อลื่นน้อยลง จึงทำให้ผู้หญิงที่ตัดมดลูกและรังไข่ออกสองข้าง มีความลำบากในการร่วมเพศ และส่งผลให้เจ็บปวดและมีความต้องการทางเพศลดลง

(7) การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง การขาดเอสโตรเจนหลังการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างมีผลต่อผิวหนังทั้งส่วนของหนังกำพร้า (epidermis) และหนังแท้ (dermis) โดยคอลลาเจนของผิวหนังจะลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ผิวหนังบางลงแห้ง หมอง ความตึงตัวหายไป มีรอยเหี่ยวย่น แก่เร็วขึ้น

(8) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ เอสโตรเจนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารส่งผ่านประสาท (neurotransmitter) ในสมองที่มีผลต่ออารมณ์ และจิตใจ ซึ่งผู้หญิงที่มีภาวะการลดลงของเอสโตรเจนย่อมส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ เช่น หงุดหงิด บางคนมีภาวะซึมเศร้า ไม่มีแรง อ่อนเพลีย ในทางการแพทย์เชื่อว่าเป็นผลจากปัญหาการรับรู้และจิตใจของผู้หญิงร่วมด้วย โดยเฉพาะเป็นผลมาจากอาการทางจิตและความวิตกกังวลที่มีมาก่อนการผ่าตัดของผู้หญิงแต่ละคน

การขาดฮอร์โมนเพศ โดยเฉพาะเอสโตรเจนก่อนวัยหมดระดูส่งผลกระทบต่อผู้หญิงทั้งสุขภาพกายและจิตใจ ปัจจุบันความรู้ทางชีววิทยาทางการแพทย์ใช้การรักษาด้วยการให้ฮอร์โมนทดแทนทันทีหลังการผ่าตัดเอามดลูกและรังไข่ออกสองข้างสำหรับผู้หญิงที่ยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ในทางปฏิบัติอายุที่ให้ฮอร์โมนทดแทนมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้หญิงแต่ละคนด้วย แต่ส่วนใหญ่ผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 48 ปีหรือยังไม่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือนจะได้รับการพิจารณาการรักษาด้วยการให้ฮอร์โมนทดแทนภายหลังผ่าตัด เพื่อช่วยลดปัญหาที่เกิดตามมาหลังการขาดฮอร์โมนเพศในระยะยาวกับผู้หญิงกลุ่มนี้ แต่ก็ส่งผลในทางลบด้วยเมื่อใช้ฮอร์โมนในระยะยาว คือ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง เต้านม โรควัยชรา และการทำงานของไตและตับผิดปกติ ผู้หญิงที่ใช้ฮอร์โมนทดแทนจึงต้องรับการตรวจสุขภาพสม่ำเสมอเป็นประจำเมื่อใช้ฮอร์โมนทดแทนอย่างต่อเนื่อง (Hormone replacement therapy [HRT]) (Ryden & Blumenthal, 2002; The Ontario College of Family Physicians, 2005; Berek et al., 2007; Schorge et al., 2008)

1.1.4 ผลกระทบจากการตัดมดลูกที่พบจากการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาจำนวนมากทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เรื่อง การตัดมดลูก เป็นผลระยะสั้น ช่วงเวลาหลังผ่าตัด 0-1 ปี โดยมุ่งเน้น ศึกษาหาอุบัติเหตุ สาเหตุ ปัจจัย และผลการรักษา จากการใช้เทคโนโลยีในการผ่าตัดชนิดต่างๆ เช่น การศึกษาเชิงเปรียบเทียบวิธีการผ่าตัด การใช้ยาแก้ปวดและยาระงับความรู้สึก การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังผ่าตัด เทคนิคการผ่าตัดระหว่างการผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้องกับทางช่องคลอด และการใช้กล้องส่องในการผ่าตัด (laparoscope) เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียในแต่ละวิธีเพื่อหาเทคนิควิธีที่ให้ผลดี ภาวะแทรกซ้อนน้อยและปลอดภัยต่อชีวิต โดยมีเป้าหมาย เพื่อค้นหาวิธีผ่าตัดที่ดีที่สุดที่ช่วยให้ผู้หญิงไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีชีวิตรอดและหายจากโรค รวมทั้งการสร้างควมชำนาญเชี่ยวชาญของแพทย์ในแต่ละวิธีเหล่านั้นให้เพิ่มมากขึ้น (Rannestad, 2005; Farquhar, 2002; Fleming, 2003; Elstrom et al, 2003; Zobbe et al., 2004; Altman et al., 2004; Kuppermann et al., 2005; กาญจนาคฤษ ธีรอรุณกิจ, 2543; ชัยวัฒน์ วิชาวุธ, 2547; ชูพันธ์ คณานุรักษ์, 2541; ดิลก ลาภานันท์, 2546)

ผลกระทบในระยะสั้นช่วง 0-1 ปี ที่ศึกษาไว้ทั้งในประเทศและต่างประเทศมีหลายการศึกษา พบว่า ผลเกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ โดยในประเทศเดียวกัน ผู้หญิงบางคนให้ความรู้สึกทางบวก ในขณะที่ผู้หญิงบางคนกลับรู้สึกในทางลบ มีความแตกต่างเกิดขึ้นในผู้หญิงแต่ละคน

ผลที่เกิดขึ้นในทางบวก ส่วนใหญ่พบว่า ผู้หญิงมีอัตราการรอดชีวิตสูงหลังผ่าตัด นอกจากนี้สิ่งที่แสดงให้เห็นชัดอีกประเด็นหนึ่งก็คือ ผู้หญิงภายหลังการตัดมดลูกมากกว่าครึ่งมีคุณภาพชีวิต และมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีความทุกข์ทรมานก่อนผ่าตัด หรือมีพยาธิสภาพที่คุกคามต่อชีวิต คือ อาการที่ทุกข์ทรมานจากอาการผิดปกติหายไป และมีชีวิตที่ยืนยาว (Kjeulff et al., 2000; Canadian Health Network, 2006; Ceausu et al., 2006; อัญชลี ตาบุรี และคณะ, 2543) มีบางรายงานการศึกษาพบว่า หลังตัดมดลูก มีความสุขทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น (Khastgir, 2000; Zobbe et al., 2004) แต่ผลการศึกษาไม่พบในประเทศไทย

ผลที่เกิดขึ้นในทางลบส่วนใหญ่เป็นผลที่เกิดจากกระบวนการผ่าตัดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การเสียเลือดมาก แผลแยก การติดเชื้อ ปวดแผล อ่อนเพลีย มีภาวะไข้ การทำลายอวัยวะข้างเคียงจากการทำการผ่าตัด โดยเฉพาะกระเพาะปัสสาวะ ท่อนปัสสาวะ และทวารหนัก มีภาวะการทำงานของลำไส้ผิดปกติ ปวดในช่องเชิงกราน มีอาการร้อนวูบวาบ โดยเฉพาะในผู้หญิงที่ตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมด้วย (Bernhard, 1992; Carlson et al., 1994; Fleming, 2003; Altman et al., 2004; Guthrie et al., 2007; พัลลภ พงษ์สุทธิรักษ์, 2546; คีตกลานันท์, 2546; เรืองรอง ไทยสุมิตร & ภัณฑิลา รุจิโรจน์จินดากุล, 2548) มีบางรายงานการศึกษาพบว่า หลังตัดมดลูกมีปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งพบทั้งผู้หญิงที่ตัดมดลูกออกอย่างเฉียวและที่ตัดรังไข่ทั้งสองข้างร่วมด้วย (Farquhar et al., 2006; CHN, 2006; พรพนนิภา ธรรมวิรัช และคณะ, 2540) นอกจากนี้หลายการศึกษา พบว่า หลังตัดมดลูกผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้า และเสียใจที่ไม่สามารถจะมีบุตรได้ (Elson, 2004; CHN, 2006; Farquhar et al., 2006; Markovic et al., 2008)

การศึกษาผลกระทบในระยะยาวพบเฉพาะในต่างประเทศ และปัจจุบันมีการศึกษาถึงผลกระทบระยะยาวภายหลังการตัดมดลูกมากขึ้น แต่การศึกษาดังกล่าวไม่ได้เชื่อมโยงกับโครงสร้างทางสังคมที่กำหนดความเป็นชายเป็นหญิง ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้หญิงที่ตัดมดลูก และมีการศึกษาความต้องการของผู้หญิง รวมทั้งการให้ผู้หญิงเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลน้อย โดยเฉพาะในประเทศไทยไม่พบการศึกษาดังกล่าวข้างต้น

ผู้วิจัยรวบรวมผลการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับผลกระทบจากการตัดมดลูกที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงในระยะยาวที่มีผู้ทำการศึกษาไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา จำนวน 16 เรื่อง พบว่า ให้ผลที่แตกต่างทั้งทางด้านบวกและด้านลบดังในตารางที่ 1 ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการตัดมดลูกในระยะยาวในช่วง ค.ศ. 2000-2007

ผู้วิจัย/ประเภท/วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา/เก็บข้อมูล/สถิติ	ประชากร/บริบทที่ศึกษา	อายุ/ระยะเวลาที่ตัดมดลูก	สรุปผลการศึกษา
Galavotti & Richter, (2000)/USA/ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประสบการณ์ของผู้หญิงและ ทัศนคติต่อการหดรัด ตัวมดลูก และการใช้ฮอร์โมน ทดแทน	ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ใช้การสนทนากลุ่ม 9 กลุ่ม (Focus groups) และการสัมภาษณ์เชิง ลึก (Indepth Interview)	ผู้หญิงทั่วไปทั้งตัด มดลูกและไม่ตัดมดลูก หญิงในวัยหมดระดู ผู้หญิงกลุ่มที่ใช้ ฮอร์โมนทดแทนและ ผู้หญิงกลุ่มหญิงรักหญิง (Lesbian)	อายุ 30-76 ปี ส่วนกลุ่มผู้หญิงที่มี ประสบการณ์หลัง ตัดมดลูก ช่วง 0-3 ปี	สรุปผลการศึกษา 1. ผู้หญิงเลิเวลาและอธิบายประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการหดรัด การตัดมดลูกและการใช้ฮอร์โมนทดแทน (menopause, hysterectomy, and HRT) น้อย 2. ผู้หญิงส่วนใหญ่พอใจต่อการผ่าตัด 3. อาการปวด ทุกข์ทรมานลดลง 4. การตัดสินใจแตกต่างกันไปตามเชื้อชาติ และประสบการณ์ที่ ได้รับมา 5. ผู้หญิงที่ต่างเชื้อชาติ มีทัศนคติ ต่อการตัดมดลูกแตกต่างกัน 6. ผู้หญิงทั้งหมดต้องการข้อมูลทางการแพทย์เพิ่มเติม เท่าที่จะ เป็นไปได้ในการตัดสินใจ
Richter et al., (2000)/USA/ วัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายการ รับรู้ของผู้หญิงต่อทัศนคติและ การร่วมตัดสินใจของผู้ชาย(คู่) ต่อการตัดมดลูก	การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์	ผู้หญิงทั่วไปที่ยินดีให้ ข้อมูล จำนวน 82 คน	อายุ 30-65 ปี	ผู้หญิงให้ความเห็นเกี่ยวกับผู้ชายคิดเห็นประเด็นเรื่องการตัด มดลูก ดังนี้ 1. ผู้ชายไม่มีความรู้และข้อมูลเพียงพอ 2. บางคนตระหนักถึงความสามารถทางเพศหลังตัดมดลูก 3. ผู้ชายไม่เข้าใจความต้องการของผู้หญิงอย่างแท้จริง 4. ผู้ชายมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการตัดมดลูกขึ้นอยู่กับการ ความทางศาสนาเกี่ยวกับการแต่งงาน



ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการตัดสินใจในระหว่าง ค.ศ. 2000-2007 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ประเทศ/วัตถุประสงค์	วิธีการ ศึกษา/เก็บ ข้อมูล/สถิติ	ประชากร/บริบทที่ ศึกษา	อายุ/ระยะเวลาที่ตัด มตัด	สรุปผลการศึกษา
Williams et al., (2000)/ USA/ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ ของผู้หญิงต่อประสบการณ์การ ตัดมตัด ทัดรีงไข่ และการ ผ่าตัดที่มีผลต่อการหมดประจำ	ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus groups) และ การสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth interview)	ผู้หญิงตัดมตัดทั้งตัด มตัดออกอย่างเดียว และตัดมตัดและรีงไข่ ออกสองข้าง จำนวน 38 คน	อายุ 30-76 ปี มี ประสบ การณ์หลังตัดมตัด 0-3 ปี	<p>ข้อค้นพบได้ 3 แก่นสาระ (Themes) ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตัดสินใจตัดมตัด: ภาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (Decision making: Biophysical, psychosocial, and spiritual domain) 2. ผลของการตัดมตัด: ความต่อเนื่องของการตอบสนอง (Outcome: a continuum of responses) <ul style="list-style-type: none"> - ผู้หญิงรับรู้ว่าการตัดมตัดเป็นทางเลือกสุดท้าย - การตัดมตัดเป็นเทคนิคที่สามารถลดอาการที่เลวร้ายได้ 3. การรับรู้ต่อการตอบสนองของผู้ชายต่อการตัดมตัด (Perceptions of male Response) <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มสังคมคนมีความคิดที่ยังมีทัศนคติและความเชื่อว่าผู้หญิงที่ตัดมตัดเป็นผู้หญิงไม่ดี - ผู้หญิงบางคน ไม่ได้บอกการตัดมตัดกับคู่ใหม่ของตน - ผู้ชาย เช่น คู่ครอง พี่น้องชาย จุ เพื่อนชาย และคนเหล่านี้ ไม่มี ส่วนช่วยเหลือ สนับสนุนต่อผู้หญิง

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการตัดมดลูกในระยะยาว ในช่วง ค.ศ. 2000-2007 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ประเทศ/วัตถุประสงค์	วิธีการ ศึกษา/เก็บ ข้อมูล/สถิติ	ประชากร/บริบทที่ ศึกษา	อายุ/ระยะ เวลาที่ตัด มดลูก	สรุปผลการศึกษา
Mingo et al., (2000)/USA/ วัตถุประสงค์ เพื่อ ศึกษาความ ต้องการของผู้หญิงหลากหลาย เชื้อชาติที่มีประสบการณ์ต่อ การหมดระดู การตัดมดลูก และการใช้ฮอร์โมนทดแทน	ปรากฏการณ์ วิทยา (Phenomenology) ใช้การสนทนากลุ่ม 23 กลุ่ม (23 Focus groups)	-ผู้หญิงตัดมดลูกจำนวน 70 คน -ผู้หญิงหมด ประจำเดือนตามธรรมชาติ 74 คน -ผู้หญิงหมด ประจำเดือนตามธรรมชาติผสมหมด ประจำเดือนจากการตัด มดลูก 14 คน	อายุระหว่าง 34-71 ปี มีตั้งแต่ผู้ที่รอกอย การผ่าตัดจนกระทั่ง ตัดมดลูกมาแล้ว 38 ปี จากหลายเชื้อชาติ คือ Navajo, Non Hispanic white, Hispanic)	1. ผู้หญิงส่วนมากยังได้ข้อมูลไม่เพียงพอและต้องการข้อมูลมากขึ้น 2. ผู้หญิงหลายคนรู้สึกทรมานในการรอกอยการผ่าตัด 3. ผู้หญิงเมื่อ ไม่มีอาการรุนแรง หรือทรมาน ก็จะตัดสินใจไม่ผ่าตัด ถ้ามีวิธีอื่นที่คิดว่าก็เลือกไม่ได้มดลูก 4. ผู้ให้การดูแลให้ความหมายของ Elective hysterectomy เป็นการผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉิน รอได้ ซึ่งต่างจาก ผู้ป่วยที่ให้ความหมายว่า คือ การผ่าตัดที่ฉุกเฉินองว่าเป็นทางเลือกและไม่จำเป็นจริง 5. ผู้หญิงที่ต่างเชื้อชาติมีความต้องการบริการที่แตกต่างและยังแตกต่างในเฉพาะตัวบุคคลอีกด้วย 6. ผู้หญิงส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นหลังผ่าตัด บางคนมีอาการหลังตัดมดลูก คือ ไม่มีแรง เสียใจที่ไม่สามารถมีบุตร ร้อนวูบวาบ วิธีชีวิตทางเพศ (sex life) ไม่เหมือนเดิม

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการตัดมดลูกในระยะยาว ในช่วง ค.ศ. 2000-2007 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ประเภท/ วัตถุประสงค์	วิธีการ ศึกษา/เก็บ ข้อมูล/สถิติ	ประชากร/ บริบทที่ศึกษา	อายุ/ระยะ เวลาที่ตัด มดลูก	สรุปผลการศึกษา
Wade et al., (2000)/USA/ วัตถุประสงค์ เพื่อ อธิบายประสบการณ์ ของผู้หญิงเกี่ยวกับ การตัดมดลูก	การศึกษาเชิงสำรวจ (Survey study) โดยใช้ข้อมูลจาก collected narrative data	ผู้หญิงที่ตัด มดลูกจำนวน 102 คน	ผู้หญิงที่เข้าร่วม ศึกษาอายุเฉลี่ย 43.1 ปี ระยะเวลาหลังตัด มดลูก 0-2 ปี	การศึกษาพบ 7 ประเด็น ดังนี้ 1. แง่มุมเชิงบวก (Positive aspects) ดออาการทุกขทรมาน ได้รับข้อมูลและการ สนับสนุนจากผู้ให้การดูแลดี และได้เข้าร่วมตัดสินใจ 2. การได้รับฮอร์โมนทดแทน (HRT) ผู้หญิงที่ได้ฮอร์โมน จะกลัวและตระหนักต่อ ผลของฮอร์โมน 3. ผู้หญิงได้รับข้อมูล ไม่เพียงพอ (Insufficient information) 4. มีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรู้สึกและหน้าที่ทางเพศสัมพันธ์ (Change in sexual feelings and functioning) 5. ผลทางด้านสุขภาพจิต (Psychological sequel) - อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย - ซึมเศร้า 6. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) 7. ความรู้สึกสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงในความเป็นหญิง และภาพลักษณ์ความเป็น ตัวตน (Feelings of loss, changes in femininity and body image)

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการตัดมดลูกในระยะยาว ในช่วง ค.ศ. 2000-2007 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ประเภทศ/วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา/เก็บข้อมูล/สถิติ	ประชากร/บริบทที่ศึกษา	อายุ/ระยะเวลาที่ตัดมดลูก	สรุปผลการศึกษา
Groff et al., (2000)/ USA/ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความเชื่อทัศนคติ และการตัดสินใจของผู้หญิงต่อการตัดมดลูก	ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ใช้การสนทนากลุ่ม 23 กลุ่ม (23 Focus groups)	ผู้หญิงทั่วๆ ไปที่อยู่ในชุมชนและคลินิกที่ยินดีให้ข้อมูล จำนวน 148 คน เป็น lesbian 13 คน	อายุ 30-65 ปี	การศึกษาได้ข้อค้นพบ 4 แก่นสาระ (Themes) ดังนี้ 1. ผลลัพธ์ของการตัดมดลูกตามการรับรู้ของผู้หญิง (Perceived outcomes of hysterectomy) 2. มุมมองของผู้ชาย/คู่ ตามการรับรู้ของผู้หญิง (Perceived views of men/partners) 3. ความคิดเห็นต่อผู้ให้การดูแลสุขภาพ (Opinions about healthcare providers) มีทั้งด้านบวกและลบ 4. กระบวนการตัดสินใจ (Decision making process) ผู้หญิงต้องการตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่เพียงพอ
Lindberg & Nolan, (2001)/ วัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายกระบวนการตัดสินใจของผู้หญิงที่เลือกตัดมดลูก	การวิจัยแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์	ผู้หญิงวัยก่อนหมดประจำเดือนและก่อนเข้ารับการตัดมดลูก จำนวน 10 คน	อายุ 37-49 ปี	ผู้หญิงตัดสินใจเมื่อรับรู้ร่างกายผิดปกติ การตัดสินใจแยกเป็น 4 กระบวนการคือ 1. การค้นหาข้อมูล (Seeking Solutions) 2. การอยู่กับสิ่งที่ป็น: การจัดการกับอาการ (Holding On: managing symptoms) 3. ช่วงเวลาการเปลี่ยนแปลง (Changing Course) 4. เสริมสร้างพลังให้ตน (Taking Charge)

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการตัดมดลูกในระยะยาว ในช่วง ค.ศ. 2000-2007 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ประเภท/วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา/เก็บข้อมูล/สถิติ	ประชากร/บริบทที่ศึกษา	อายุ/ระยะเวลาที่ตัดมดลูก	สรุปผลการศึกษา
Elsom, (2002)/ USA/ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อการตัดมดลูกกับอัตลักษณ์ทางเพศภาวะ ของ ผู้หญิงที่ถูกตัดมดลูก	การวิจัยแบบสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก	ผู้หญิงที่ตัดมดลูกทั้งตัดเดี๋ยวและตัดมดลูกพร้อมรังไข่สองข้าง จำนวน 44 คน	อายุระหว่าง 24-97 ปี ตัดมดลูกเมื่ออายุ 24-54 ปี หลังตัดมดลูก 9 เดือนถึง 60 ปี)	การศึกษาได้ข้อค้นพบดังนี้ 1. การมีรอบเดือนครั้งแรก สัมพันธ์กับอัตลักษณ์ทางเพศภาวะ (gender identity) และสัมพันธ์กับการไม่มีมดลูก 2. หญิงหลายคนพอใจต่อการลอกการไม่พึงประสงค์ และไม่มีประจำเดือน แต่บางคนก็รู้สึกเสียใจที่ไม่มีมดลูก 3. ผู้หญิงให้ความหมายกับระยะในสามแง่มุม คือ 3.1 ใช้ลักษณะของการมีระดูเสมือนเป็นเครื่องควบคุมความปกติของชีวิต 3.2 ผู้หญิงใช้เรื่องราวของระดู สร้างเครือข่ายสัมพันธ์กับผู้หญิงคนอื่นๆ ที่ทำให้ผู้หญิงรู้สึกของการเข้าใจซึ่งกันและกัน 3.3 ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ปรับเปลี่ยนรอบระดูเพื่อควบคุมความต้องการด้านอารมณ์ของตนเอง ทั้งการแสดงความโกรธ และภาวะสงบ

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการคัดคนดูในวัยเยาว์ ในช่วง ค.ศ. 2000-2007 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ประเภท/ วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา/เก็บ ข้อมูล/สถิติ	ประชากร/บริบทที่ศึกษา	อายุ/ระยะ เวลาที่ตัด มดลูก	สรุปผลการศึกษา
Johnson et al., (2005)/ แหล่งบทความ (จำนวน เรื่อง) อเมริกา (2) อังกฤษ (6) อิตาลี (5) สวีเดน (3) เยอรมนี (2) ฟิลิปปินส์ (1) ฝรั่งเศส (2) นอร์เวย์ (1) ใต้หวัน (3) ฮ่องกง (1) บราซิล (1) และ แอฟริกาใต้ (1) วัตถุประสงค์เพื่อประเมิน วิธีการคัดคนดูที่ เหมาะสม	การวิเคราะห์เอกสาร ชนิดSystematic review and meta- analysis จากงานวิจัย เฉพาะการออกแบบ วิจัยชนิดrandomized controlled trials	บทความวิจัยที่ตีพิมพ์ใน ฐานข้อมูล The Cochrane Library, Medline, Embase, and Biological Abstract ระหว่างปี ค.ศ. 1966- 2004 จำนวน 27 เรื่อง จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 3642 คน	อายุระหว่าง 41 – 50 ปีในช่วงที่ศึกษา ผลระยะยาว หลัง ผ่าตัด 6 สัปดาห์ขึ้นไป	ผลการศึกษา ดังนี้ 1. ผลในระยะยาวที่พบ คือ - ทางเดินปัสสาวะทำงานผิดปกติ - มีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ - เกิดรูร้าวระหว่างช่องคลอดกับทวารหนักและ/หรือ ทางเดินปัสสาวะ - คุณภาพชีวิตดีขึ้น - ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง - น้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่าคนที่ไม่ได้คัดคนดู แต่เมื่อเปรียบเทียบ วิธีการผ่าตัดแต่ละชนิด พบว่าไม่แตกต่างกัน 2. การศึกษาไม่มีรายงานการวัดผลระยะยาวในประเด็นของ - อาการปวดในช่องท้องและช่องเชิงกรานเรื้อรัง - การทำงานผิดปกติของลำไส้ - และช่องคลอดหย่อน

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในระหว่าง ค.ศ. 2000-2007 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ประเทศ/ วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา/เก็บ ข้อมูล/สถิติ	ประชากร/บริบทที่ ศึกษา	อายุ/ระยะ เวลาที่ ตั้งครรภ์	สรุปผลการศึกษา
Farquhar et al., (2005) /New Zealand/ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผล ของการตั้งครรภ์ต่อ ภาวะการหมดประจำ เดือน	การศึกษาแบบติดตาม ผลชนิดCohort study	ผู้หญิงตั้งครรภ์ 257 คน ผู้หญิงไม่ตั้งครรภ์ 259 คน	-ผู้หญิงตั้งครรภ์ เมื่ออายุน้อยกว่า 46 ปี -ติดตามหลังตั้ง ครรภ์ระยะ 5 ปี	ผลการศึกษา ดังนี้ 1. ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์และมีฮอร์โมน FSH <10 IU/L จะเข้าสู่วัยหมด ประจำเดือนเร็วกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (กลุ่มควบคุม) (เฉลี่ย 3.7 ปี) 2. ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์เฉลี่ยเร็วกว่าหนึ่งซัปดาห์จะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่า ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์เฉลี่ยเร็วกว่าหนึ่งซัปดาห์ (เฉลี่ย 4.4 ปี)
Iversen et al., (2005) /USA/ วัตถุประสงค์ เพื่อค้นหา ความเสี่ยงในระหว่างที่ เป็นสาเหตุการตายใน ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์และไม่ ตั้งครรภ์	การศึกษาแบบติดตาม ผลชนิดNested cohort study	ผู้หญิงตั้งครรภ์ 3705 คน ผู้หญิงไม่ตั้งครรภ์ 3705 คน	-อายุ 38.9-48.1 ปี -ติดตามระยะ 250.3 เดือน (~20 ปี)	ผลการศึกษา ดังนี้ 1. ในระยะกลางและในระยะยาว การตั้งครรภ์ไม่สัมพันธ์กับการ เพิ่มความเสี่ยงต่อการตายด้วยมะเร็ง และโรคหัวใจ อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญ ทางสถิติ 2. กลุ่มผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ป่วยโรคหัวใจ 228 คน (6.2%) กลุ่มผู้หญิง ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ป่วยโรคหัวใจ 177 คน (4.8%) 3. กลุ่มผู้หญิงที่ตั้งครรภ์เป็นมะเร็ง 287 คน (7.7%) และกลุ่มผู้หญิงที่ ไม่ได้ตั้งครรภ์เป็นมะเร็ง 52 คน (1.4%)

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการตัดมดลูกในระยะยาว ในช่วง ค.ศ. 2000-2007 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ประเทศ/วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา/เก็บข้อมูล/สถิติ	ประชากร/บริบทที่ศึกษา	อายุ/ระยะเวลาที่ตัดมดลูก	สรุปผลการศึกษา
McPherson et al., (2005) UK/ วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามผลของการตัดมดลูกต่อการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ	การศึกษาแบบติดตามผลชนิดCohort study	-ผู้หญิงตัดมดลูกจำนวน 25,000 คน	-ติดตามการทำงาน ของกระเพาะ ปัสสาวะระยะ 5 ปี หลังผ่าตัดมดลูก	<p>ผลการศึกษาพบปัญหา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดรุนแรง ปัสสาวะบ่อย และ ปัสสาวะกลางคืนบ่อย 2. ปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น ในผู้หญิงที่ทำผ่าตัดมดลูกออก (hysterectomy) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ใช้วิธีทำลายเยื่อโพรงมดลูก (endometrial ablation) 3. ผู้หญิงที่ผ่าตัดมดลูกออกโดยใช้กลิ้งต้องช่วยในการผ่าตัด (LAVH) มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบรุนแรง สูงกว่าวิธีการรักษาแบบอื่น
Parker et al., (2005)/USA/ วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการตัดหรือไม่ตัดรังไข่พร้อมกับการตัดมดลูก	การศึกษาแบบติดตามผลชนิดCohort study	ข้อมูลทฤษฎีจาก Published age-specific data	-ผู้หญิงอายุที่ตัดมดลูก 40-80 ปี -ติดตามการตายก่อนอายุ 80 ปี	<p>ผลการศึกษา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตัดมดลูก ไม่ควรตัดรังไข่ออกด้วยควรตัดเมื่ออายุ 65 ปีขึ้นไป 2. ผู้หญิงที่ตัดรังไข่ออกก่อนอายุ 55, 59, และ 75 ปี มีอัตราการตายก่อนอายุ 80 ปี 8.58%, 3.92%, และ 1% ตามลำดับ 3. การรักษารังไข่ให้ช่วยลดอัตราการเกิด โรคมะเร็งและการทำงานของไต

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการตัดมดลูกในระยะยาว ในช่วง ค.ศ. 2000-2007 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ประเทศ/วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา/ เก็บข้อมูล/สถิติ	ประชากร/บริบทที่ศึกษา	อายุ/ระยะเวลา ที่ตัดมดลูก	สรุปผลการศึกษา
Farquhar et al., (2006)/ New Zealand/ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา เปรียบเทียบผลของการผ่าตัด มดลูกระหว่างผู้หญิงกลุ่มที่ ผ่าตัดมดลูกพร้อมกับรังไข่ กับผู้หญิงที่ตัดมดลูกแต่ยัง รักษารังไข่ไว้ และกลุ่มผู้หญิง ปกติ	การศึกษาแบบ ติดตามผล ต่อเนื่องชนิด Prospective cohort study	- ผู้หญิงที่ตัดมดลูกออก อย่างเดี่ยว (TH) หรือตัด มดลูกและรังไข่ออกหนึ่ง ข้าง(TH & SO) จำนวน 257 คน - ผู้หญิงที่ตัดมดลูกและรัง ไข่ออกสองข้าง(TH & BSO) จำนวน 57 คน	- ตัดมดลูกอายุ น้อยกว่า 46 ปี - ติดตาม 3 ปี	ผลการศึกษาค้นนี้ คือ 1. ผลทางด้านบวก 1.1 อาการปวดในช่องเชิงกราน ปวดท้อง และระดับภาวะซึมเศร้า ลดลง ในช่วง 3 ปี 1.2 90% ของทั้งสองกลุ่ม พึงพอใจต่อการผ่าตัด 2. ผลทางด้านลบ 2.1 พบ 21% ของผู้หญิงที่ตัดมดลูกออกอย่างเดียวหรือตัดมดลูกและรังไข่ ออกหนึ่งข้าง และ 43% ของผู้หญิงที่ตัดมดลูกและรังไข่ออกสองข้างเดียว ที่ไม่สามารถมีบุตร 2.2 อาการใหม่ที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด คือ ปวดในช่องเชิงกราน พบ 3% ใน กลุ่มผู้หญิงที่ตัดมดลูกออกอย่างเดียวหรือตัดมดลูกและรังไข่ออกหนึ่งข้าง และพบ 5% ในกลุ่ม ผู้หญิงที่ตัดมดลูกและรังไข่ออกสองข้าง

ตารางที่ 1 แสดงงานวิจัยที่ศึกษาผลกระทบจากการตัดมดลูกในระยะยาว ในช่วง ค.ศ. 2000-2007 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ประเภท/ วัตถุประสงค์	วิธีการ ศึกษา/เก็บ ข้อมูล/สถิติ	ประชากร/บริบทที่ศึกษา	อายุ/ระยะเวลา ตัดมดลูก	สรุปผลการศึกษา
Guthrie et al., (2007)/ Australia/ วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบผลการตัด มดลูกในระยะยาวของ ผู้หญิงที่ตัดมดลูกกับ ผู้หญิงที่ไม่ตัดมดลูก	การศึกษาแบบ ติดตามผลชนิด Prospective study	- ผู้หญิงที่ตัดมดลูก หรือ ร่วมกับตัดรังไข่ออกหนึ่ง ข้าง 13 คน - ผู้หญิงที่ตัดมดลูกและรัง ไข่ออกสองข้าง 12 คน - ผู้หญิงทั่วไป 230 คน	- ผู้หญิงที่อายุ 45- 55 ปี - ติดตาม 3 เดือน ถึง 11 ปี	ผลของการตัดมดลูกในระยะยาว ดังนี้ 1. ผู้หญิงที่ตัดมดลูกจะมีปัญหาการนอนหลับ ปัญหาการควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะและเอสุภาวะ และมีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้ตัดมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ไม่พบการตัดมดลูกมีความสัมพันธ์กับเพศวิถี และอาการร้อนวูบวาบ 3. การตัดมดลูกหลังอายุ 45 ปี มีความสัมพันธ์กับปัญหาการควบคุม กระเพาะปัสสาวะ น้ำหนักตัวเพิ่ม การนอนหลับ ช่วง 5-6 ปี หลังผ่าตัด

จากตารางที่ 1 มีข้อสรุปว่าผลในระยะยาวที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัดมดลูก แยกเป็น 2 ลักษณะ คือ เกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบเช่นเดียวกับผลในระยะสั้น โดย ผลที่เกิดขึ้นในทางบวก ส่วนใหญ่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้หญิงภายหลังการตัดมดลูกเพิ่มมากขึ้น และมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีความทุกข์ทรมานก่อนผ่าตัด หรือมีพยาธิสภาพที่คุกคามต่อชีวิต (Johnson et al., 2005; Ceausu, et al., 2006; Farquhar et al., 2005) และการตัดมดลูกไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการเป็น โรคมะเร็งเพิ่มขึ้น (Iversen et al., 2005)

ส่วนผลที่เกิดขึ้นในทางลบ จำแนกเป็นสามส่วน คือ ผลกระทบทางกาย ถึงแม้ว่าผู้หญิงมีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น แต่ก็พบว่ามีปัญหาตามมาหลังการผ่าตัดมดลูกออกในระยะยาวด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผู้หญิงขาดฮอร์โมนเพศ ถึงแม้ว่าผู้หญิงจะถูกตัดเฉพาะมดลูกเหลือรังไข่ไว้ก็ตาม กลับพบว่า จะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าปกติ (Siddle et al., 1986; Youngkin et al., 2004; Simom et al., 2007) และระยะเวลาเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนมีความแตกต่างกันในผู้หญิงแต่ละคน ซึ่งการศึกษาของ Farquhar และคณะ (2005) ที่ศึกษาติดตามการทำงานของรังไข่ในผู้หญิงที่ตัดมดลูก เหลือรังไข่ไว้ หนึ่งข้างหรือสองข้าง เปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ไม่ตัดมดลูก โดยทำการติดตาม 5 ปี ผู้หญิงที่ตัดมดลูกจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าคนไม่ได้ตัดมดลูก (เฉลี่ย 3.7 ปี) ผู้หญิงที่ตัดมดลูกเหลือรังไข่หนึ่งข้างจะเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนเร็วกว่าผู้ที่เหลือรังไข่สองข้าง (เฉลี่ย 4.4 ปี)

ในระยะยาวหลังผ่าตัดมดลูกออก 3 ปีขึ้นไป ผู้หญิงจะเกิดภาวะการฝ่อลีบ (atrophy) ของระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ มีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ (Guthrie et al., 2007) เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (urinary incontinence) มากกว่าผู้หญิงปกติถึง 40% และเพิ่มเป็น 60% ในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (Brown et al., 2000) ภาวะผนังช่องคลอดขึ้นโผล่ (Ryden & Blumenthal, 2002) มีภาวะรูร้วของผนังช่องคลอดกับท่อปัสสาวะหรือผนังช่องคลอดกับทวารหนัก ถ้าใส่ทำงานผิดปกติ (Schofield et al., 1991; Ryden & Blumenthal, 2002; Johnson, 2005; McPherson et al., 2005)

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Ceausu และคณะ (2006) ในประเทศสวีเดนยังพบว่าภายหลังจากผ่าตัดมดลูกช่วง 5-10 ปี ผู้หญิงมีอาการ ปวดหลัง ปัญหาโรคข้อเสื่อม ปัญหาทางตา มีอาการปวดศีรษะ น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับการตัดมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Guthrie และคณะ (2007) ส่วนผลทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก มีระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglycerides) สูงกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับการตัดมดลูก นอกจากนี้ระดับเอนไซม์ในเลือด เอชดีแอล (HDL) ต่ำกว่า แต่ เอลดีแอล (LDL) สูงกว่า ที่แสดงถึงการมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็น โรคหัวใจเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูกมี



ความหนาแน่นของกระดูก (bone mineral density) น้อยกว่าในผู้หญิงที่ไม่ได้รับการคัดมดลูก ที่เป็นสาเหตุของภาวะโรคกระดูกพรุน (Parker et al., 2005; Ceausu et al., 2006)

ผลต่อจิตใจ มีการศึกษาหลายเรื่องทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และออสเตรเลีย รวมทั้งประเทศไทย พบว่า ผู้หญิงพึงพอใจ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้หญิงดีขึ้น หลังผ่าตัด (Kjerulff, et al., 2000; Kuppermann et al., 2004; Ceausu et al., 2006; อัญชลี ตามูรี และคณะ, 2543) แต่การศึกษาระยะยาวในต่างประเทศ พบว่าช่วง 2 ปี หลังผ่าตัดผู้หญิงมีอาการทางลบเพิ่มมากขึ้นที่เชื่อว่ามาจากการคัดมดลูก ได้แก่ อาการซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวน อ่อนเพลียมากขึ้น (Wade et al., 2000 ; Ceausu et al., 2006; Farquhar et al., 2006) ยังมีรายงานผู้หญิงภายหลังการคัดมดลูกเกิดภาวะการนอนไม่หลับมากกว่าผู้หญิงทั่วไป (Guthrie et al., 2007) และรายงานการศึกษาของ Ceausu และคณะ (2006) ในประเทศสวีเดน พบว่าผู้หญิงที่ได้รับการคัดมดลูก มีอาการทางประสาท วิตกกังวลมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับการคัดมดลูก นอกจากนี้ผู้หญิงบางคนจะมีอาการหงุดหงิดง่าย อารมณ์ไม่คงที่ และซึมเศร้า ในบางการศึกษาพบว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงหลังการคัดมดลูก สัมพันธ์กับการมีอาการมาก่อนการผ่าตัด (Rannestad, 2005; Shifren & Avis, 2007) ในขณะที่บางคนมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น ร้องไห้เสียใจมากกว่าปกติ และผู้หญิงบางคนมีความเศร้าโศกเสียใจที่สูญเสียมดลูกเมื่อนึกถึงตนเองหมดความสามารถในการตั้งครรภ์ (Elson, 2004; Farquhar et al., 2006; CHN, 2006) และรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวตนและขาดความมั่นใจในตัวเอง (Wade et al., 2000; Elson, 2004)

ความรู้สึกสูญเสียส่งผลต่ออัตลักษณ์ของความเป็นหญิง การมี “มดลูก” เสมือนเป็นที่ให้กำเนิดและเลี้ยงดูทารกให้ปลอดภัยและอยู่รอดก่อนคลอดออกสู่โลกภายนอก มดลูกจึงมีความหมายกับผู้หญิง เสมือนแสดงความสามารถของการเป็นแม่ และในบทบาทของการเป็นภรรยา “มดลูก” เป็นอวัยวะที่มีการตอบสนองแสดงถึงความสุขทางเพศ (Elson, 2004; Guyton & Hall, 2006) เมื่อไม่มีมดลูกผู้หญิงบางคนจะรู้สึกความสำคัญของตนเองในครอบครัวลดลง ดังนั้น “มดลูก” จึงเป็นสิ่งที่แสดงถึงอัตลักษณ์ของความเป็นหญิงที่ส่งผลต่อสุขภาพและวิถีชีวิตของผู้หญิงที่แตกต่างกัน

ผลต่อครอบครัว การไม่มีมดลูกมีผลต่อครอบครัวโดยเฉพาะครอบครัวที่ต้องการบุตร และผู้หญิงที่ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ ความสุขทางเพศลดลง อาจส่งผลต่อสัมพันธภาพของคู่สมรส เกิดความไม่พึงพอใจต่อชีวิตสมรสทำให้เกิดปัญหาครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cloutier-Steele (2002) ที่พบว่าผู้หญิงที่ตัดมดลูกมีปัญหาการแยกกันอยู่กับคู่สมรสสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้ตัดมดลูก แต่หลายการศึกษาก็พบว่า ผู้หญิงบางคนมีความสุขทางเพศเพิ่มมากขึ้น (Farrell & Kieser, 2000; Kuppermann et al., 2004) แต่รายงานในลักษณะนี้ไม่พบ

ในประเทศไทย และในบางสังคมการตัดมดลูกมีผลต่อความเชื่อของสังคม เช่น สังคมผิวดำในอเมริกา เชื่อว่าผู้หญิงที่ตัดมดลูกเป็นผู้หญิงไม่ดี (Williams & Clark, 2000) ผู้หญิงแต่ละคนมีความเชื่อและความต้องการที่แตกต่างกัน แม้จะอยู่ในสังคมและบริบทเดียวกันก็ตาม (Mingo et al., 2000) สิ่งเหล่านี้จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงแต่ละคนแตกต่างกัน

จากผลกระทบของการตัดมดลูกดังกล่าวชี้แนะว่า ผลที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้หญิงภายหลังการตัดมดลูกแตกต่างกัน ผู้หญิงที่ให้ผลเชิงบวกนับว่าการตัดมดลูกนั้นมีประโยชน์ แต่บางคนให้ผลเชิงลบไม่ว่าปัญหาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ การสูญเสียความสามารถในการมีบุตร หรือภาวะสุขภาพที่เกิดจากการผ่าตัดของอวัยวะในช่องเชิงกราน และการเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนและโรคหัวใจนั้น พบว่ามีปัจจัยด้านเพศภาวะเข้าไปเกี่ยวข้องด้วยทั้งสิ้น ซึ่งปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญ ในเรื่องเพศภาวะว่ามีความสำคัญทั้งต่อการเป็นปัจจัยของการมีสุขภาพ การเจ็บป่วย การรักษา การพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (WHO, 2003) ดังนั้นหากพยาบาลหรือนักสุขภาพอื่นๆจะสร้างวิธีการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิต จะต้องทำความเข้าใจเรื่องเพศภาวะ และนำปัจจัยด้านเพศภาวะเข้ามาพิจารณาปัญหาสุขภาพ จะทำให้การดูแลที่เกิดขึ้นสมบูรณ์ครบถ้วนสนองต่อความต้องการของผู้หญิงได้ ซึ่งความรู้และการปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้หญิงที่ตัดมดลูกที่มีอยู่นั้นมาจากตำรา และงานวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์นับว่าเป็นความรู้ที่สำคัญที่มีอยู่ มีดังนี้

1.2 การพยาบาลเกี่ยวกับการตัดมดลูก

1.2.1 แนวทางการพยาบาลที่ปรากฏในตำรามาตรฐานทั่วไป

การพยาบาลผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก ความรู้ทางการพยาบาลมีการจัดการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล และเน้นการพยาบาลด้านการผ่าตัด ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งการสอน (Lowdermilk & Perry, 2004; Ladewig et al., 2006) ซึ่งแนวทางการปฏิบัติส่วนใหญ่เน้นการดูแลขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการพยาบาลในระยะสั้นทั้งสิ้น มีสาระสำคัญดังนี้

1.2.1.1 การประเมิน และการวินิจฉัยทางการพยาบาล (assessment and nursing diagnosis)

การประเมินประกอบด้วย การซักประวัติ การเจ็บป่วย ข้อมูลรอบเดือน ลักษณะการมีเลือดออกผิดปกติ อาการปวดท้องน้อย/ปวดประจำเดือน ขนาดหน้าท้องที่โตขึ้น อาการแน่นอึดอัด ปัญหาตกขาว ปัญหาการขับถ่าย และพบปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อตรวจทางช่องเชิงกราน การวินิจฉัยต้องแยกแยะตามอาการที่เกิดขึ้น สำหรับการวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้หญิงที่มีภาวะเนื้องอกในมดลูก จะเน้นที่พยาธิสภาพและสาเหตุ ตัวอย่างการวินิจฉัยทางการ

พยาบาล ได้แก่ มีภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดจำนวนมาก วิตกกังวลอันเนื่องมาจากการวินิจฉัยที่มีความไม่แน่นอน/กลัวเป็น โรคร้ายแรง เจ็บปวดอันเนื่องมาจากก้อนเนื้ออกในมดลูกหรือเจ็บปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์

1.2.1.2 ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพยาบาล (expectation outcome of care)

ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพยาบาล เน้นที่ต้องถูกกำหนดมาจากผู้หญิงที่ได้รับการคัดมดลูก โดยผู้หญิงต้องสามารถบอกได้ เช่น บอกว่าลดความวิตกกังวลลง อาการปวดลดลง หรือ บอกว่าเข้าใจวิธีการรักษา ที่ตั้งขึ้นสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1.2.1.3 การวางแผนและกิจกรรมการพยาบาล (plan of care and interventions)

การวางแผนและกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้หญิงที่ได้รับการคัดมดลูก ความรู้ในการจัดการเน้นความรู้ด้านทางอายุศาสตร์และสัลยศาสตร์เกี่ยวกับพยาธิสภาพ เช่น ก้อนในโพรงมดลูก ซึ่งมีความสำคัญในการวางแผนทางการพยาบาล โดยนักวิชาการให้ความเห็นว่า ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถทำให้พยาบาลสามารถทำงาน ร่วมกับผู้ให้การดูแลทางสุขภาพในสาขาอื่นๆ ได้ (Lowdermilk & Perry, 2004) และการดูแลจึงขึ้นอยู่กับวิธีการรักษา ความรุนแรงของอาการ อายุของผู้หญิง และเป็นไปตามความต้องการของผู้หญิงที่อยากจะมีบุตรอีกหรือไม่ การพยาบาลจำแนกเป็น การพยาบาลก่อนผ่าตัด (preoperative care) การพยาบาลหลังผ่าตัด (postoperative care) การวางแผนจำหน่ายและการสอน (discharge planning and teaching) และการดูแลที่บ้าน (home care) (Lowdermilk & Perry, 2004) มีรายละเอียดดังนี้

การพยาบาลก่อนผ่าตัด มีการประเมินความรู้ของผู้หญิงก่อนผ่าตัดเกี่ยวกับพยาธิสภาพ การรักษา ทางเลือกในการรักษา ประโยชน์และปัจจัยเสี่ยงแต่ละวิธี การพยาบาลก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด กระบวนการฟื้นคืนหลังผ่าตัด เมื่อผู้หญิงแสดงความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลจะสามารถใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการรักษาได้ ส่วนการประเมินทางด้านจิตใจ เน้นความรู้สึกและความต้องการของผู้หญิง โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและโรคที่เป็น แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเตรียมผู้หญิงก่อนผ่าตัดมดลูก (Lowdermilk & Perry, 2004; Youngkin & Davis, 2004) มีการตรวจภายใน ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC blood type, cross match, U/A การเอกซเรย์ปอด การตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) สอนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การเคลื่อนไหวก การไอที่มีประสิทธิภาพ การหายใจ การออกกำลังกาย วิธีปฏิบัติตัวที่ช่วยลดความเจ็บปวด การสวนอุจจาระ (enema) และการสวนล้างช่องคลอด (vaginal douche) การโกนขนอวัยวะสืบพันธุ์ การลบเครื่องสำอางและน้ำยาทาเล็บ ไม่สวมแว่นตา ไม่ใส่กระจกตาปลอม

(contact lens) หรือใส่ฟันปลอม จำแนกชื่อ ผูกป้ายข้อมือผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัดให้ชัดเจน การเซ็นใบยินยอมผ่าตัด และทำระเหาะปัสสาวะให้ว่างก่อนผ่าตัด

การพยาบาลหลังผ่าตัด การประเมินหลังผ่าตัดและการพยาบาลหลังผ่าตัดเอามดลูกออกคล้ายกับการพยาบาลการผ่าตัดทางหน้าท้องอื่นๆ แต่ที่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่าง คือ การสังเกตเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (ไม่ควรเกิน 1 ผืนชุ่มผ้าอนามัย ต่อ 1 ชั่วโมง) ดูแลไม่ให้มีปัสสาวะคั่งค้าง การเจ็บปวดบริเวณฝีเย็บ โดยเฉพาะการผ่าตัดด้วยวิธีทางช่องคลอด และประเมินทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง แนวทางการพยาบาลสำหรับพยาบาลหลังผ่าตัดมดลูก (Lowdermilk & Perry, 2004; Youngkin & Davis, 2004) มีการวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนกระทั่ง จากนั้นทุก 4 ชั่วโมง อีก 24 ชั่วโมง และวัดต่ออีก 48 ชั่วโมง จนกระทั่งไม่มีการเปลี่ยนแปลง การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูแลให้พลิกตัว ไออย่างมีประสิทธิภาพ หายใจแบบลึก (deep breathe) ทุก 2 ชั่วโมง และคอยช่วยใช้หมอนวางพุง บริเวณบาดแผลมิให้สะเทือน ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานปกติ (ถ้ามี) ดูแลให้บริหารขาทุก 2-4 ชั่วโมง จนกระทั่งลุกนั่งเองได้ และประเมิน Homan's sign ที่เป็นข้อบ่งชี้ของ thrombophlebitis หรือ thrombosis ประเมินภาวะเลือดออก บริเวณแผลที่หน้าท้อง และช่องคลอด ประเมินภาวะชีดตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการหาความเข้มข้นของเลือด ประเมินการทำงานของปอด และตรวจสอบการทำงานของลำไส้ ประเมินความสมดุลของปริมาณสารน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออก ดูแลการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ การขับถ่ายปัสสาวะ โดยเฉพาะการผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด เนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการทำลายท่อและกระเพาะปัสสาวะขณะผ่าตัด สังเกตภาวะแทรกซ้อนและอาการติดเชื้อ กรณีผ่าตัดมดลูกออกทางหน้าท้อง: ประเมินอาการบวม แดง ร้อน สารขับหลังจากบาดแผลและช่องคลอด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ปอดอักเสบ ลำไส้อุดตัน กรณีผ่าตัดมดลูกออกทางช่องคลอด: ประเมินการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะคั่งค้าง แผลติดเชื้อ และปริมาณและลักษณะเลือดออกทางช่องคลอด

ส่วนการบรรเทาอาการเจ็บปวด ปฏิบัติใน 2 วิธี คือการให้ยา โดยผู้ป่วยอาจได้รับยาระงับปวด ซึ่งบางแห่งให้ผู้ป่วยควบคุมปริมาณยาด้วยตนเอง (patient controlled anastasia) หรืออาจได้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (epidural narcotic) ใน 24 ชั่วโมงแรก และติดตามให้ยาแก้ปวดที่ปรับเปลี่ยนมาเป็นยาฉีด หรือยากินควบคู่กับยาลดการอักเสบ และวิธีการลดปวดที่มีได้ใช้ยา โดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย การหายใจ การจัดทำ การใช้จินตนาการเพื่อช่วยลดอาการปวด การใช้ความร้อน/ความเย็นประคบฝีเย็บ การกระตุ้นการเคลื่อนไหว และการลุกได้เร็ว (early ambulation) จะช่วยให้อาการปวดที่เกิดจากแก๊สในท้องลดลงได้ ประเมินภาวะ

จิตใจ อาการซึมเศร้าหรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประเมินการตระหนักต่อปัญหาทางเพศของผู้ป่วย

การวางแผนจำหน่ายและการสอน ซึ่งในการวางแผนการจำหน่าย พยาบาลทำการเตรียมความพร้อมของผู้หญิงที่ตัดมดลูกออกให้พร้อมที่จะกลับบ้านด้วยการให้ความรู้ ความเข้าใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะคู่มือเรื่องถึงวิธีการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง และให้ข้อมูลทั้งหมดทั้งการดูแลที่ต่อเนื่องและผลที่อาจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายที่ผู้หญิงจะต้องรับรู้ คือการไม่มีประจำเดือน การไม่สามารถมีบุตรได้ อาการอ่อนเพลีย และอารมณ์อาจจะเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะผู้หญิงที่ยังไม่หมดประจำเดือนจะมีประสบการณ์การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับการตัดรังไข่ออกทั้งสองข้างร่วมด้วยจะเกิดภาวะขาดฮอร์โมนอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดอาการวัยทองทันทีหลังการตัดมดลูก

การให้คำแนะนำหลังผ่าตัดกับผู้หญิงก่อนกลับบ้าน ประกอบด้วย การสังเกตอาการที่เกิดจากการติดเชื้อ การดูแลแผลผ่าตัด การลดความปวดจากการใช้ยาและวิธีการทางเลือก การกลับคืนสู่ภาวะปกติ ระยะเวลาภายหลังผ่าตัดที่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ให้ข้อมูลการมีสิ่งขับหลังออกทางช่องคลอดในภาวะที่ปกติประมาณ 4-6 สัปดาห์ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็กและวิตามินซีสูง เพื่อช่วยให้เนื้อเยื่อเจริญได้ดี แผลหายเร็ว รวมทั้งอาหารที่รับประทานควรมีเส้นใยสูง และดื่มน้ำมากๆ ประมาณ 6-8 แก้ว/วัน เพื่อช่วยในการขับถ่าย ควรพักผ่อนให้เพียงพอ และหยุดเมื่อรู้สึกเหนื่อย ให้ทำกิจกรรมที่ตนรู้สึกทำได้สบายไม่ฝืน หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักหรือยกของหนักใน 6 สัปดาห์ หลีกเลี่ยงการนั่งเป็นเวลานาน ขับรถได้แต่ไม่ควรเป็นระยะทางไกล หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และหลีกเลี่ยงการอาบน้ำลักษณะแช่ตัวลงไปใต้น้ำ เช่น อ่างน้ำ ลำคลอง

นอกจากนี้การให้คำแนะนำในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ควรมีเพศสัมพันธ์เมื่อร่างกายกลับสู่ภาวะปกติช่วงหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์หรือหลังมาตรวจตามนัด และห้ามสวนล้างช่องคลอด จนกระทั่งมาตรวจตามนัด การมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ให้ใช้น้ำหรือสิ่งหล่อลื่นช่วยเพื่อลดความไม่สุขสบาย และแนะนำให้รายงานการติดตามอาการกับผู้ให้การดูแลหรือแพทย์ที่ผ่าตัดมดลูก หรือแพทย์ประจำครอบครัวที่ดูแลอย่างต่อเนื่องถึงความผิดปกติ เช่น เลือดออกมากผิดปกติ อาการแน่นตึงแผลผ่าตัด แผลบวมแดง ติดเชื้อ และการขับถ่ายทั้งปัสสาวะและอุจจาระที่ผิดปกติไปจากเดิม ควรรายงานเป็นระยะๆ และเน้นย้ำให้ไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (Siddle et al., 1986; Berek et al., 2002; Youngkin et al., 2004; The Ontario College of Family Physicians, 2005; จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2541)

1.2.1.4 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลทางการพยาบาลใช้ เกณฑ์ตามผลลัพธ์ (Outcome criteria) โดยเน้นที่ผู้หญิงเข้าใจวิธีการรักษา และพึงพอใจต่อสิ่งที่เลือกเข้ารับการรักษา รวมทั้งการดูแลที่ได้รับ และสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติในระดับที่พอใจรวมทั้งระดับความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการวินิจฉัย และการรักษาลดลงหรือหมดไป

ส่วนแนวทางการปฏิบัติในการจัดการดูแลสำหรับพยาบาลเฉพาะทาง และแพทย์ประจำครอบครัวในชุมชน ที่มีอยู่ในปัจจุบัน (Management Guidelines for Nurse Practitioners working with Women, and Women's Health Procedures in Family Medicine) ให้แนวทางการหาสาเหตุของโรค และขั้นตอนการดูแลรักษาที่เป็นไปตามสาเหตุของโรค และมีความเลือกให้กับผู้หญิงเป็นทางเลือกในการรักษา เช่น การใช้ยา และการผ่าตัด ส่วนการดูแลผู้หญิงหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้านดูแลเหมือนการผ่าตัดอื่น แต่จะเน้นการติดตามปัญหาการขาดฮอร์โมน และจัดให้ฮอร์โมนทดแทน ส่วนการปฏิบัติสำหรับพยาบาลเฉพาะทางมีขั้นตอนการปฏิบัติ โดยการวินิจฉัยแยกแยะหาสาเหตุและให้การรักษานั้นขึ้นตามบทบาทรับผิดชอบ และถ้าอาการรุนแรงจะดำเนินการส่งต่อ ซึ่งการดูแลจะสอดคล้องกับการรักษาแต่ละวิธีเช่นกัน (Ryden & Blumenthal, 2002; The Ontario College of Family Physicians, 2005)

จากความรู้ที่มีอยู่ในตำรา เกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่สะท้อนจากกระบวนการพยาบาลดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าการพยาบาลมุ่งเน้นที่การหายจากโรคที่สอดคล้องกับการรักษา มีการเตรียมผู้หญิงเพื่อเข้ารับการรักษาที่ใช้หลักการเตรียมผ่าตัดที่เหมือนกันทุกคน มีการเช็มใบยินยอมการรักษา การช่วยให้ฟื้นคืนสู่ภาวะปกติจากการหายของแผลผ่าตัดโดยเร็ว ส่วนการให้คำแนะนำจะเน้นก่อนและหลังผ่าตัด ในประเด็นการปฏิบัติตัว การรับประทานยา การมารับฮอร์โมนทดแทน การมาตรวจตามนัด และระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ได้

ถึงแม้ว่าวิชาการทางการพยาบาลมีการศึกษาทฤษฎีการพยาบาล หลักในการดูแลผู้ป่วยไว้จำนวนมาก เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยที่จะสามารถจัดการพยาบาลอย่างครอบคลุมทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ คือ การดูแลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) (Dossey et al., 2003) และการดูแลด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ (humanized nursing care) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549; Paterson & Zderad, 1988; Morse, 2007) ที่ให้ความสำคัญในความเป็นมนุษย์ที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน มากกว่า พยาบาล/นักสุขภาพกับผู้ป่วย แต่ลักษณะการดูแลทั้งสองแบบ ก็ยังไม่มีประเด็นชัดเจนในการนำมามองเชิงเพศภาวะมาเป็นฐานคิด ภายใต้การดูแลแบบองค์รวมและการดูแลด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ และไม่พบในการนำมาใช้ในการดูแลผู้หญิงหลังตัดมดลูกอย่างเป็นทางการ

นำมามองเชิงเพศภาวะมาใช้ในการดูแลในการจะช่วยให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) และการดูแลด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ (humanized nursing care) มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

1.2.2 การพยาบาลผู้หญิงที่ตัดมดลูกจากข้อมูลเชิงประจักษ์ในประเทศไทย

บริการสุขภาพสำหรับผู้หญิงที่ตัดมดลูกที่มีอยู่ในประเทศไทยเป็นบริการที่เป็นรูปแบบเชิงรับ ที่ผู้รับบริการสุขภาพเข้ามาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยแล้ว โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและในระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลสังกัดโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลประจำจังหวัด พบในโรงพยาบาลชุมชนน้อยมาก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการผ่าตัดมดลูกจะใช้ระบบส่งต่อ ให้ผู้หญิงเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นเครือข่าย (สมชาย สุวจนกรณ์ และคณะ, 2545; พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2547ก) เมื่อผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพมารับบริการแล้วแพทย์ตรวจพบพยาธิสภาพแพทย์จะนัดผู้หญิงมาผ่าตัดภายหลังในกรณีที่สามารถรอได้ ส่วนในผู้หญิงที่อาการรุนแรงมากจะให้การผ่าตัดทันที โดยเน้นการรักษาด้วยความรู้ทางการแพทย์ที่จัดการกับสาเหตุของโรคหรือพยาธิสภาพ เพื่อช่วยรักษาชีวิตผู้หญิง มีการเซ็นใบยินยอมการรักษาของผู้ป่วยและสามีเช่นกัน การเตรียมผ่าตัดหลักการเหมือนผ่าตัดทั่วไปที่ไม่แตกต่างกันทั้งเพศชายและหญิง และมีการปฏิบัติบางกิจกรรมที่เฉพาะในการผ่าตัดมดลูก เช่น การสวนล้างช่องคลอด นอกจากนี้ยังเน้นการดูแลในโรงพยาบาลเป็นสำคัญ

หลักการพยาบาลที่ให้การดูแลผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูกนั้นมาจากตำราที่เป็นความรู้ทางกายภาพ สรีรวิทยา และพยาธิสภาพของโรค ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูกในประเทศไทย พบว่า เป็นการศึกษาในลักษณะของการเก็บสถิติอุบัติการณ์ การศึกษาเปรียบเทียบด้านการรักษา ค้นหาสาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การติดตามผลในระยะสั้นหลังผ่าตัด 0-1 ปี (พรรณนิภา ธรรมวิรัช และคณะ, 2540; อัญชลี ตานูรี, 2543; วิชัย อธิธิชัยกุลกุล, 2544; ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และพรรณนิภา ธรรมวิรัช, 2544; ดิลก ลาภานันท์, 2546) แต่ขาดการศึกษาติดตามผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว ส่วนความรู้ทางด้านการพยาบาลมุ่งที่การจัดกระทำกิจกรรม วิธีการพยาบาลที่ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก และจัดกระทำเฉพาะในโรงพยาบาล เช่น การศึกษาของ เบญจมาภรณ์ พูลสวัสดิ์ (2543) วันเพ็ญ ปานยิ้ม (2543) รุติยา ศรีตะพันธ์ (2545) พบว่า เป็นการศึกษาการจัดบริการที่ช่วยลดการเจ็บปวดหลังผ่าตัดมดลูกด้วยการนวดจุดฝ่าเท้า และการฝึกการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นการดูแลที่ช่วยลดผลกระทบจากการผ่าตัดในระยะสั้นเท่านั้น และผู้ให้การดูแลเป็นผู้จัดกิจกรรมให้

ส่วนการศึกษาของ ศรีสุดา แสงชื่อและคณะ (2544) มีการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดมดลูกและรังไข่ทั้งสองข้าง มาตรฐานทั้ง 6 ข้อ คือ มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อการผ่าตัด มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึก มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเกลือแร่ และสารอาหารอย่างเพียงพอ มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยสุขสบายด้านร่างกายมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยเร็ว มาตรฐานที่ 6 ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข เมื่อวิเคราะห์ดูพบว่า มาตรฐานที่ 1 และ 6 มีการกล่าวด้านจิตใจและการดำรงชีวิตหลังผ่าตัด แต่เมื่อพิจารณากิจกรรมที่ปฏิบัติพบว่ายังให้ความสำคัญอยู่ที่ตัวโรค และผลกระทบที่เกิดในระยะสั้นแต่ไม่พบกิจกรรมที่ป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงที่ตัดมดลูกในระยะยาว

โดยสรุปความรู้และกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดดังที่กล่าวมาทั้งหมดสร้างจากฐานความรู้ ด้านกายภาพ สรีรวิทยาและพยาธิสภาพของโรคเป็นหลัก จากที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญในเรื่องเพศภาวะว่ามีความสำคัญทั้งต่อการเป็นปัจจัยของการมีสุขภาพ การเจ็บป่วย การรักษา การพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนั้น (WHO, 2003) หากพยาบาลจะสร้างวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตจะต้องทำความเข้าใจเรื่องเพศภาวะผ่านประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยนั้นๆ ซึ่งในกรณีของการพยาบาลผู้หญิงที่ผ่าตัดมดลูก ในประเทศไทยนั้นยังขาดความรู้ที่มาจากประสบการณ์ของผู้หญิงที่เป็นผู้เผชิญปัญหาโดยตรง ได้แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง และมีความต้องการที่เฉพาะ ความรู้ที่มาจากประสบการณ์ของผู้หญิงซึ่งนับเป็นพื้นฐานความรู้ที่สำคัญและมีคุณค่า ที่จะนำไปสู่การให้การพยาบาลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติ เหมาะสมกับเพศภาวะ ดังนั้นความรู้ที่มีอยู่ยังมีความจำกัดและไม่เพียงพอแก่การนำไปสู่ข้อเสนอแนะ การดูแลสุขภาพจึงควรนำปัจจัยด้านเพศภาวะมาพิจารณาด้วยเช่นกัน เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และสนองต่อความต้องการของผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก

ผู้ชายที่สังคมกำหนดและคาดหวัง ซึ่งในแต่ละสังคมอาจเหมือนหรือต่างกันขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม และเน้นที่สภาพการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกับกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย ที่เป็นไปตามเจือใจของแต่ละสังคมซึ่งเพศภาวะเปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สภาพการณ์ และปัจจัยต่างๆ ทางเศรษฐกิจ สังคม การปกครอง ในสังคมนั้น ๆ (เพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคณะ, 2545)

ส่วนการศึกษาของ O'Brien & White (2003) และ Brown (2004) ให้รายละเอียดเพิ่มเติมในด้านของความสัมพันธ์ของบทบาทชายหญิงที่มีต่อกัน (gender relation) ซึ่งการให้ความหมายนี้สอดคล้อง กับคำว่าเพศภาวะ ที่ใช้ในทางเศรษฐศาสตร์ว่าเป็นบทบาททางสังคม ความคาดหวัง พฤติกรรมและทัศนคติของผู้หญิงและผู้ชายที่ถูกให้คำนิยามจากบรรทัดฐาน และวัฒนธรรมของสังคมที่มีต่อหญิงชาย และสืบเนื่องจากบทบาทในเพศภาวะ (gender role) นั้นเกิดจากการกำหนดของสังคมและวัฒนธรรม จึงมีผลให้แนวคิดของคำว่าเพศภาวะจึงไม่มีความหมายที่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

คุณลักษณะที่สำคัญของเพศภาวะมี 7 ประการ (Miers, 2002) ดังนี้

(1) เพศภาวะ เป็นสิ่งที่สร้างขึ้นจากสังคม (Gender is a social construct) ความแตกต่างของเพศภาวะ (gender difference) เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดจากวัฒนธรรม ยุคสมัย ชนชั้น เชื้อชาติ และกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน

(2) เพศภาวะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ เพศชาย (male) และเพศหญิง (female)

(3) เพศภาวะ เป็นความสัมพันธ์เชื่อมโยง (Gender is relational) ซึ่งเกี่ยวข้องกับมโนทัศน์การให้ความหมายที่กำหนดขึ้นตรงข้ามกัน เป็นข้อกำหนดที่เป็นการผลิตซ้ำ (stereotypical assumption) เกี่ยวกับคุณสมบัติของความเป็นชาย และคุณสมบัติของความเป็นหญิงที่มีความสัมพันธ์กัน

(4) เพศภาวะ เป็นแนวคิดที่สัมพันธ์กับความไม่เสมอภาค ซึ่งรวมถึงความไม่เท่าเทียมกันเชิงอำนาจ (inequalities of power)

(5) เพศภาวะเป็นมโนทัศน์ของ “การเชื่อมโยง” เป็นความสัมพันธ์ที่แทรกอยู่ในวิถีชีวิต ขยายไปสู่การปฏิบัติ จนเกิดการซึมซับกลายเป็นคุณลักษณะทางเพศภาวะของการผลิตซ้ำ (stereotypical gender characteristics)

(6) เพศภาวะ คือ ความเป็นตัวตน (Gender is embodies) ที่แสดงให้เห็นถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ที่มีความแตกต่างกัน หรือคล้ายคลึงกันระหว่างผู้ชายและผู้หญิง และแสดงให้เห็นความเป็นเจ้าของในร่างกายของตนเอง ที่เปลี่ยนแปลงและคงอยู่กับบุคคล ความเป็นตัวตนนี้ นำไปสู่การปกป้องสุขภาพหรือการทำลายสุขภาพของแต่ละบุคคล

(7) แนวคิดของอัตลักษณ์ด้านเพศภาวะ (gender identity) เป็นมโนทัศน์ที่เชื่อมโยงถึงความสนใจที่หลากหลายที่มีอิทธิพลต่อความเป็นหญิงและความเป็นชาย จึงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การแสดงออก ลักษณะงานที่ทำงานของหญิงและชายให้มีความแตกต่างกัน ดังนั้น เพศภาวะจึงส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงและปัญหาทางสุขภาพด้วย

โดยสรุปจึงอาจกล่าวได้ว่า เพศภาวะ คือ การกำหนดความเป็นชายความเป็นหญิงที่เกิดขึ้นจากการถูกกำหนดโดยโครงสร้างทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ของชายหญิง และพฤติกรรมทางสังคมแตกต่างกันของแต่ละบุคคล รวมทั้งบทบาทของเพศภาวะจะเปลี่ยนแปลงไปขึ้นกับสถานะของบุคคลแต่ละคนในสังคมตามบริบท วัฒนธรรม การศึกษา รวมทั้งการรับรู้ต่อความเป็นตัวตนของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังผันแปรเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงชีวิตหรือตามวัยของแต่ละบุคคลด้วย ดังนั้นเพศภาวะจึงมีความหลากหลาย แตกต่างกันไป และเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาไม่คงที่ตายตัว เพศภาวะจึงมีอิทธิพลต่อชีวิตมนุษย์ทุกแง่มุม โดยเฉพาะด้านสุขภาพและวิถีชีวิตของมนุษย์ ตั้งแต่เกิดเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ จนกระทั่งสิ้นชีวิต

2.1.2 แนวคิดการวิเคราะห์เพศภาวะ (gender analysis)

แนวคิดในการวิเคราะห์โดยใช้มุมมองเชิงเพศภาวะเป็นฐานคิดจะช่วยให้ผู้วิจัยหรือผู้วิเคราะห์สามารถทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้หญิงที่ตกเป็นเหยื่อที่ประเด็นเพศภาวะเข้ามาเกี่ยวข้องและมีผลต่อวิถีชีวิตและสุขภาพของผู้หญิงหลังการตัดมดลูก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2001) ได้กำหนดมโนทัศน์และเครื่องมือในการวิเคราะห์โดยใช้มุมมองเชิงเพศภาวะในทุกขั้นตอนการวิเคราะห์ต้องประกอบด้วย มโนทัศน์ย่อย 4 ด้านดังนี้

2.1.2.1 การแบ่งงานระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย (The gender-based division of labour) ในทุกสังคมทั้งผู้หญิงและผู้ชายต่างก็มีงานหรือหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบที่ถูกกำหนดหรือมอบหมายจากสังคม คนทุกคนในสังคมต่างก็ได้รับการเรียนรู้และรับรู้ต่อบทบาทหน้าที่ของตน เช่น สังคมไทยผู้หญิงมีหน้าที่ดูแลเด็ก ทำงานบ้าน การประกอบอาหารสำหรับคนในครอบครัว ส่วนผู้ชายมีหน้าที่ไปสู้รบเพื่อรักษาแผ่นดิน ล่าสัตว์มาเป็นอาหาร ทำงานหาเงิน เป็นต้น แต่บทบาทหน้าที่เหล่านี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อสถานการณ์บางอย่างในสังคมเปลี่ยนแปลงไป เช่น “แม่” ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วย “พ่อ” มาทำหน้าที่แทน เป็นต้น ซึ่งการแบ่งงานระหว่างผู้หญิงและผู้ชายเป็นโครงสร้างทางสังคมที่มีผลต่อความเป็นหญิงเป็นชายของคนทุกคนในสังคม

2.1.2.2 บทบาททางเพศภาวะ/บรรทัดฐานของความเป็นชายหญิง (Gender roles and norms) ในทุกสังคมผู้หญิงและผู้ชายถูกคาดหวังให้มีพฤติกรรมในวิถีทางที่

ต่างกัน และถูกหล่อหลอมจากสังคมตั้งแต่แรกเกิด ให้มีรูปแบบของบทบาทและบรรทัดฐานของความเป็นชาย (Masculine) และความเป็นหญิง (Feminine) จึงมีการแต่งกายที่แตกต่าง ชนิดของเกมในการเล่นที่แตกต่าง มีความสนใจในสาระเรื่องราวที่แตกต่าง และมีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสถานการณ์ที่แตกต่าง นอกจากนี้ยังมีความสามารถเฉพาะแตกต่างกันในแต่ละเพศทำให้ผู้ชายทำอะไรก็ตามจะถูกให้คุณค่ามากกว่าผู้หญิงทำ ผลของการกำหนดบทบาททางเพศภาวะจากสังคม ถูกรับรู้ได้เห็น ได้ชัดในพื้นที่ของเพศวิถี (Sexuality) และพฤติกรรมทางเพศ (Sexual behavior) ที่ผู้หญิงถูกกำหนดให้เป็นฝ่ายรับ ชายเป็นฝ่ายรุก ผู้หญิงจึงถูกคาดหวังให้ทำตัวให้ดึงดูดความสนใจจากฝ่ายชาย ก่อนสมรสต้องปกป้องความเป็นพรหมจรรย์ ต้องไม่เคยมีกิจกรรมทางเพศมาก่อน ต้องดูแลปกป้องตนเองจากความต้องการทางเพศของชาย หลังสมรสต้องตอบสนองความต้องการของสามีในบทบาทของภรรยาที่ดีและเป็นแม่ที่ดีของลูก เมื่อผู้หญิงไม่มีมดลูกย่อมกระทบต่อบทบาทที่สังคมคาดหวัง ด้วยเช่นกัน

2.1.2.3 การเข้าถึงและควบคุมทรัพยากร (Access to and control over resources) การเข้าถึงเป็นความสามารถในการใช้ทรัพยากร ส่วนการควบคุมเป็นความสามารถในการกำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากร ผู้หญิงและผู้ชายมีความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงและควบคุมทรัพยากร ความไม่เท่าเทียมกันนี้มีผลต่อผู้หญิง การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้หญิง จึงต้องแยกแยะระหว่างการเข้าถึงและควบคุมการใช้ประโยชน์ทรัพยากรของชายหญิง ที่ส่งผลต่ออำนาจและการตัดสินใจต่อปรากฏการณ์ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้หญิง ดังตัวอย่าง แหล่งทรัพยากรที่ผู้หญิงเข้าถึงได้น้อยกว่าชาย ได้แก่ แหล่งด้านเศรษฐกิจและรายได้ การเข้าไปกำหนดคน โยบายและการเมือง การมีเครือข่ายทางสังคม การรับข้อมูลข่าวสาร และชั่วโมงการทำงานมากที่ไม่ก่อผลของรายได้ เป็นต้น

2.1.2.4 อำนาจและการตัดสินใจ (Power and decision-making) เป็นสิ่งสำคัญยิ่งและยึดโยงกับการเข้าถึงและควบคุมทรัพยากร มักกระทำโดยผู้ชายที่มีอำนาจเหนือผู้หญิง ซึ่งอำนาจเหล่านี้มาจากความแตกต่างของหญิงชายในด้านของ กำลังกาย ความรู้ ทักษะ และรายได้ ที่ชายมีมากกว่าทำให้มีอำนาจในการตัดสินใจมากกว่าหญิง เช่น อำนาจในการตัดสินใจเหนืออนามัยเจริญพันธุ์ที่ส่วนใหญ่กำหนดคน โยบายการปฏิบัติมาจากผู้ชาย และเพศวิถีที่ผู้ชายมีพื้นที่แสดงออกมากกว่าผู้หญิง ซึ่งอำนาจในการควบคุมเหนือทรัพยากรและการตัดสินใจของผู้ชายถูกวางอย่างเป็นระบบที่สังคมยอมรับโดยผ่านทางกฎหมายและนโยบายของรัฐอย่างเป็นทางการ ที่เหมือนกับผู้ชายมีอำนาจอันชอบธรรมในขณะที่ผู้หญิงไม่มี

2.1.3 แนวคิดเชิงเพศภาวะและการนำไปใช้

เพศภาวะเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจาก การพยายามทำความเข้าใจ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของหญิงชาย และความต้องการให้มี ความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทาง เพศระหว่างเพศชายและเพศหญิงในทุกสังคมบน โลกมนุษย์ ซึ่งในอดีตเรื่องเพศภาวะเน้นในเรื่อง ของการทำงาน การจ้างงาน บริการที่ได้รับจากสังคม การศึกษา และบทบาทของชายหญิง โดยมี เป้าหมาย ที่ทำให้เกิดการต่อสู้เพื่อความเท่าเทียม (Miers, 2002; Gijssbers Van Wijk et al., 1996) ต่อมา มีการพบว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดกับผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกันตามเพศภาวะและเมื่อ วิเคราะห์เพศภาวะพบว่ามาจากความไม่เท่าเทียมกันในสังคม เช่น การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ จากสภาพของความยากจนที่ผู้หญิงมีสภาพที่จนกว่าผู้ชาย (Santow, 1995) ทำให้โอกาสการเข้าถึง บริการน้อยกว่าผู้ชาย และเรื่องของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน แม้จะ เป็นโรคเดียวกันก็ตาม (Health Canada, 2000) ทำให้มีการศึกษาต่อเนื่องที่นำไปสู่การดูแลสุขภาพ และนำเพศภาวะไปใช้ทำความเข้าใจและศึกษาแนวทางการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ (gender sensitivity) สำหรับสุขภาพของผู้ชายและผู้หญิง เพื่อสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ในด้านชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดี (well being) ของผู้หญิงและผู้ชาย

นอกจากนี้เพศภาวะยังถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางทั้งงานบริการ บริหาร งานวิจัยและพัฒนาความรู้เพื่อสร้างความเท่าเทียมให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ชายและผู้หญิง ที่มีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ในทุกสาขาวิชาชีพ อาทิเช่น อาชีพธุรกิจ อุตสาหกรรม การศึกษา และทางสุขภาพ จนนำไปสู่การกำหนดคน โขบายทั้งในระดับองค์กรและ ระดับประเทศ ดังจะเห็นได้จากนโยบายทางสุขภาพในปัจจุบันที่ให้ความสำคัญของเพศภาวะกับ สุขภาพ เช่น นโยบายสุขภาพขององค์การอนามัยโลก, องค์กร Health Canada และอีกหลายๆ ประเทศ ที่นำลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น (WHO, 2004; Health Canada, 2000; O'Brien & White, 2003; Brown, 2004) สำหรับประเทศไทยมีการให้ความสำคัญกับเพศภาวะมาก ขึ้น เห็นได้จากนโยบายรัฐบาลที่เน้นการสร้าง ความเท่าเทียมกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎีกา, 2544) แต่ ในแง่ของการปฏิบัติ ในด้านการให้การดูแลสุขภาพที่แยกแยะความเป็นชายเป็นหญิงยังไม่แสดงให้เห็น อย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

ความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะเป็นคุณสมบัติที่มีอยู่ในตัวบุคคลของบุคคลแต่ละ คน ที่มีความตระหนักต่อความแตกต่างของผู้หญิงและผู้ชาย (Miers, 2002; Khoury & Weisman, 2002; กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544) โดยเฉพาะ

ผู้ให้การดูแล ทั้งนี้ Miers (2002) ได้อธิบายความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะไว้อย่างละเอียดว่าเป็น การให้ความสนใจและเกี่ยวข้องกับ ความตระหนักถึง บริบทเชิงนโยบายสังคม (socio-political context) ที่การปฏิบัติเคยถูกกำหนดด้วยค่านิยมที่นำไปสู่การลดค่าของความสัมพันธ์ส่วนตัว ไปสู่ การปฏิบัติที่เป็นไปตามหลักคุณธรรมจริยธรรม เป็นโลกสาธารณะของความเป็นธรรม และการมี ความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะให้ความสำคัญกับประวัติ ความเป็นมา และประสบการณ์ ทั้ง โดยทั่วไปและประสบการณ์เฉพาะของบุคคลว่ามีฐานะสำคัญคนหนึ่งในสังคม และมีความสัมพันธ์ กับสังคมกลุ่มชน และสังคมโลก

ในขณะที่ Khoury & Weisman (2002) ได้อธิบายถึง ความละเอียดอ่อนเชิงเพศ ภาวะในลักษณะของการนำไปใช้ ว่าเป็นวิธีการที่ถูกนำไปใช้ทั้งในงานวิจัย ในการปฏิบัติและ กำหนดนโยบายทางสุขภาพ ที่ทำให้สุขภาพของหญิงและชายดีขึ้น โดยพัฒนามาจากพื้นฐาน รูปแบบและความต้องการของชายและหญิง โดยนำมุมมองของเพศภาวะมาใช้ใน กระบวนการพัฒนาและดำเนินการ ซึ่งทำให้บรรลุเป้าหมายในการกำจัด ความไม่เท่าเทียมทางเพศ ส่วน Im & Meleis (2001) ให้ภาพความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะในแง่ของทฤษฎีที่อยู่บนพื้นฐาน ของ การรับรู้และเห็นตรงกันในความเท่าเทียมทางเพศภาวะ และเน้นที่การให้คุณค่ากับผู้หญิงมาก ขึ้นทั้งสุขภาพและศักดิ์ศรีของผู้หญิงภายใต้ข้อตกลงร่วมกันที่ว่า ผู้หญิงควรได้รับการยอมรับเป็น รายบุคคล และผู้หญิงควรมีทางเลือกและควบคุมร่างกายของตน

จึงสรุปได้ว่าความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ เป็นจิตสำนึกของบุคคล ในการทำ ความเข้าใจ มีความตระหนัก และยอมรับในความแตกต่างของชายและหญิงของแต่ละบุคคลที่เกิด จากการประกอบสร้างทางสังคม ความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะนำมาใช้ในการส่งเสริมความเสมอ ภาคของหญิงและชาย ในกระบวนการดำเนินการตั้งแต่เริ่มดำเนินการ การวางแผน การปฏิบัติ ประเมินผล และการนำเข้าสู่การกำหนดนโยบาย ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นธรรมอันก่อให้เกิดความ เท่าเทียมกันของมนุษย์ในทุกเพศ ทุกวัย ทุกชนชั้น ทุกบริบทในสังคม ทุกหนทุกแห่ง เพื่อให้เกิดผล การอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีสุขภาพ และดำรงชีวิตอย่างเป็นสุขในแต่ละสังคม

2.3 อัตลักษณ์ทางเพศภาวะ (Gender identity) ของความเป็นหญิงกับการมี/ไม่มี มดลูก

เพศถูกกำหนดจากลักษณะทางกายภาพ ความเป็นหญิงเป็นชายหรือเพศภาวะถูก กำหนดโดยโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมหรือเกิดจากการประกอบสร้าง โดยปกติแล้วคนเรา จะรู้สึกว่าเป็นหญิงเป็นชาย เป็นผลจากสภาพทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันเท่านั้น ซึ่งเป็นความ จริงเพียงส่วนหนึ่ง ที่ไม่อาจปฏิเสธได้ ว่าอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ได้แก่ มดลูก รังไข่ อวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอก เป็นสิ่งที่แสดงถึงความเป็นผู้หญิง ส่วนอวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย ได้แก่ อัณฑะ องคชาติ ที่



แสดงความเป็นผู้ชาย ที่รับรู้ตั้งแต่เกิดมาว่าเป็นหญิงเป็นชาย แต่มนุษย์เมื่ออยู่ในสังคมมีการอยู่ร่วมกันเริ่มตั้งแต่ในครอบครัว ในชุมชน และในสังคม สังคมแต่ละสังคมมีวัฒนธรรม ความเชื่อที่เฉพาะ การให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ ที่หล่อหลอมความเป็นชายเป็นหญิง ให้มีอัตลักษณ์ที่แตกต่างกัน ดังเช่นบางสังคมเชื่อว่า เป็นชายต้องแข็งแรง ไม่อ่อนแอ การมีความต้องการทางเพศแสดงถึงความแข็งแรงที่แสดงความเป็นชาย ส่วนหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอ อ่อนโยน เป็นผู้ตอบสนองความต้องการทางเพศ เป็นแม่ เป็นภรรยา เป็นพี่/น้องสาวเป็นเพศผู้ให้การดูแล การหล่อหลอมนี้ส่งผลต่ออัตลักษณ์ของความเป็นหญิง

ซึ่งอัตลักษณ์ทางเพศภาวะเกี่ยวข้องกับ “ความรู้สึกในส่วนลึกสุดของบางสิ่งบางอย่างที่เป็น” สะท้อนความจริงทางสังคมในแง่เกี่ยวกับการให้ความสำคัญ อัตลักษณ์ทางเพศภาวะจึงเป็นสิ่งที่ใดสิ่งหนึ่งที่เป็นพื้นฐานของการให้ความหมายโดยบุคคลที่ถูกรับรู้ทั้งโดยคนอื่นและโดยตนเอง เมื่อไม่มีมดลูกผู้หญิงรู้สึกสูญเสียการควบคุมเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ ทำให้รู้สึกสูญเสียความเป็นผู้หญิงลงไปด้วยเช่นกัน (Markovic et al., 2008) นอกจากนี้อัตลักษณ์ทางเพศภาวะ อาจจะเป็นสิ่งที่ซ่อนเร้นเฉพาะสำหรับผู้หญิงแต่ละคนอีกด้วย (Goffman, 1977 อ้างถึงใน Elson, 2002) ซึ่งขอกล่าวประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมดลูกและอัตลักษณ์ความเป็นหญิง ดังนี้

2.3.1 การรับรู้เกี่ยวกับมดลูกของผู้หญิง

การรับรู้เกี่ยวกับมดลูกมีมาตั้งแต่ในอดีต การให้ความหมายไม่ว่าจะเป็นในอดีตหรือปัจจุบันจะเกี่ยวข้องกับความเชื่อที่มีสังคมวัฒนธรรมเข้าเกี่ยวข้องเสมอ ในอดีตมีความหลากหลายของทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เช่น ยุคกรีกและอียิปต์โบราณ กล่าวถึง อารมณ์ที่ไม่คงที่ของผู้หญิงเกิดจาก การไม่อยู่กับที่ของมดลูก (wandering womb) ส่วนฮิปโปเครติส (Hippocrates) ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับมดลูกว่า มดลูกของมนุษย์มีลักษณะเป็นห้องจำนวนมาก มีหนวด (Tentacles) และส่วนที่ใช้ดูด (sucker) ความเชื่อนี้ยังคงมีอยู่จนกระทั่งยุคเรโนซองซ์ (Renaissance) ต่อมาในช่วงต้นศตวรรษที่ 19 เชื่อว่าอวัยวะสืบพันธุ์ที่สมบูรณ์เป็นสิ่งที่ควบคุมกายและจิตของผู้หญิงช่วงระหว่างวัยสาว (puberty) จนกระทั่งวัยหมดประจำเดือน (menopause) ถ้ามีการตัดส่วนใดส่วนหนึ่งออกจะมีผลกระทบต่อผู้หญิงอย่างมากมาย (Elson, 2004) และปัจจุบันความรู้ทางวิทยาศาสตร์รับรู้วามดลูกของผู้หญิงเป็นเพียงอวัยวะหนึ่งของร่างกายผู้หญิง ที่ทำหน้าที่ปกป้องเลี้ยงดูทารกให้เติบโตสมบูรณ์ก่อนออกมาเผชิญโลกภายนอก

ดังนั้นมดลูกบนการรับรู้ในความเป็นผู้หญิงของแต่ละคน (womenhood) จึงถูกตีความแตกต่างกันอย่างมากมาย ซึ่งสามารถจำแนกได้ 3 ลักษณะ คือ 1) มดลูกที่ถูกรับรู้เป็นเสมือนสิ่งแสดงถึงภาวะสุขภาพ (health) โดยผู้หญิงบางคนเชื่อว่ามดลูกเป็นแหล่งที่สร้างความแข็งแรงของร่างกายถ้าตัดมดลูกออกจะทำให้สุขภาพอ่อนแอ 2) มดลูกที่แสดงถึงสัญลักษณ์ของการ

สืบพันธุ์ที่ถูกรับรู้ในการแสดงบทบาทการเป็นผู้หญิงและการเป็นแม่ (role as women and mother) และ 3) มดลูกที่ถูกรับรู้ในด้านการเป็นอัตลักษณ์ทางเพศภาวะ (gender identity) ที่บ่งบอกความเป็นตัวตนในความเป็นหญิง (Whelehan et al., 1988; Maclin & Bieber, 1998; Elson, 2004) ทำให้การรับรู้ต่อการมีหรือไม่มีมดลูกของผู้หญิงจึงส่งผลแตกต่างกันในผู้หญิงแต่ละคน

2.3.2 การทำลายหรือเปลี่ยนแปลงลักษณะทางชีวภาพของผู้หญิง ส่งผลต่ออัตลักษณ์ทางเพศภาวะ

Elson (2003, 2004) กล่าวว่า การตัดมดลูกเป็นเสมือนการทำลายลักษณะทางชีววิทยาของผู้หญิงที่ทำให้สิ้นสุดการมีประจำเดือน อันส่งผลต่ออัตลักษณ์ทางเพศภาวะของความเป็นหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Greenhill (1954 อ้างถึงใน Elson, 2002) ที่สนับสนุนว่า รอบเดือน/ระดู เป็นสัญลักษณ์ของความเป็นหญิง ถึงแม้ว่าอาจจะถูกปกคลุมด้วยความทุกข์ยาก ความเจ็บปวดหรือความภาคภูมิใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับทัศนคติของผู้หญิงแต่ละคนที่มีประสบการณ์เฉพาะกับการมีรอบเดือนหรือระดู

จากการศึกษาของนักสังคมศาสตร์การแพทย์หลายท่าน พบว่า ปรากฏการณ์และความรู้ทางการแพทย์แสดงให้เห็นถึงการมีอำนาจต่อการทำลายภาพทางชีววิทยาหรือเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ ของร่างกายและความรู้สึก โดยทีมโนทัศน์แต่ละบุคคลของเขาหรือเธอ อาจจะรู้สึกไม่เป็นเหมือนเช่นเดิม (Elson, 2002) การตัดมดลูกเป็นการทำลายภาพทางชีววิทยาของผู้หญิงอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้หญิงหมดประจำเดือนก่อนวัย ซึ่งเป็นสิ่งหนึ่งที่ปรากฏอย่างชัดเจนหรือทันทีทันใด ที่เป็นผลทางร่างกายจากการตัดมดลูก คือการไม่มีระดูอีกต่อไป ซึ่งให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างการมี/ไม่มีระดู และการมี/ไม่มีมดลูกที่เกี่ยวข้องกัน และเกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ทางเพศภาวะของความเป็นหญิงอีกด้วย

2.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างรอบเดือนหรือระดู กับอัตลักษณ์ทางเพศภาวะของความเป็นหญิง

Martin (1992) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์การมีประจำเดือนในผู้หญิง 165 คน พบว่าผู้หญิงอธิบายการมีรอบเดือนเป็นเสมือน เครื่องหมายของความเป็นผู้หญิง โดยเป็นความรู้สึกที่ดีของผู้หญิงจำนวนมากในครั้งแรกของการมีระดู ซึ่งการมีระดู ถูกให้คำจำกัดความเสมือนแสดง “ความเป็นสาว” และบางครั้งถูกนิยามในลักษณะที่สัมพันธ์เชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับความสามารถในการมีลูก และยังถูกนิยามในลักษณะที่แสดงถึงความเสมอภาคที่ให้ความสำคัญเท่าเทียมกันของชายหญิงในการเพิ่มจำนวนประชากร และยิ่งไปกว่านั้นผู้หญิงยังมีวิธีการที่จะพูดถึงรอบเดือนที่หลากหลายที่สะท้อนถึงความสำคัญของรอบเดือน เช่น “ไม่ ฉันไม่ต้องการทิ้งมันไป มันเป็นส่วนหนึ่งของตัวฉัน ส่วนหนึ่งของอะไรที่ทำให้ฉันเป็นผู้หญิง มันเป็นสิ่งเดียวกันที่

ผสมผสานกัน มันถูกกำหนดให้เกิดขึ้นมาพร้อมกับฉัน” และรอบเดือนของผู้หญิงจึงถูกมองเสมือนเป็น “ภาวะปกติของผู้หญิง” อีกด้วย (Elson, 2004) แต่บางครั้งมีการให้ความหมายด้านลบของการมีประจำเดือนด้วยเช่นกัน เช่น การมีประจำเดือนทำให้ผู้หญิงอ่อนแอทำอะไรไม่ได้เหมือนผู้ชาย (Chirawatkul, 1993) การรับรู้ต่อการมีประจำเดือนของผู้หญิงจึงมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

นักวิจัยจำนวนมากสนใจความสัมพันธ์ระหว่างระดูกับการสร้างวัฒนธรรมที่นำไปสู่ความเป็นผู้หญิง เช่น Golub (1983 อ้างถึงใน Elson, 2004) อธิบายถึงความสำคัญของ กาย จิต และสังคม ที่เริ่มต้นมีระดูครั้งแรกของผู้หญิง ซึ่งสอดคล้องกับ Martin (1992) ที่พบว่าผู้หญิงจำนวนมากที่เธอสัมภาษณ์มีความสุขที่เริ่มต้นมีระดูเพราะเป็นการให้ความหมายว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปเป็นสาว เป็นแม่ เป็นพี่สาว เป็นน้องสาว นอกจากนั้น Angier (1999) ยังอ้างว่า ระดูเป็นสิ่งที่คาดหวัง ผู้หญิงจะรักการมีระดูครั้งแรก เธอรู้สึกเหมือนกับบรรลุถึงสิ่งที่ยิ่งใหญ่ที่ทำให้เธอเป็นผู้หญิงเต็มตัวเป็นอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้

ระดูหรือรอบเดือนของผู้หญิงยังให้ภาพการสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันของผู้หญิงด้วยกัน ที่ทำให้ผู้หญิงมาพบปะพูดคุยกัน ซึ่งรายงานการศึกษาของ Lee & Sasser-Coen (1996) พบว่า ผู้หญิงอธิบายว่า ระดูคือความเป็นผู้หญิงที่ทำให้เธอพัฒนา ความสนิทสนมและไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้หญิงด้วยกัน พูดคุยกันด้วยความรู้สึกเดียวกัน ในประเด็นของระดูที่พวกเขาสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันได้ทำให้เข้าใจซึ่งกันและกัน โดยใช้เวลาพูดคุยในช่วงของการดำเนินชีวิต และการทำงานที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กันในวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ และสิ่งนี้เป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้หญิงอธิบายเกี่ยวกับผู้ชายว่า ผู้ชายไม่มีบางสิ่งบางอย่างที่เป็นประสบการณ์ร่วมที่นำพาพวกเขาสามารถรวมกลุ่มกัน อย่างที่ผู้หญิงมี เสมือนผู้หญิงกำลังรู้สึกแตกต่างจากความเป็นผู้ชาย

2.3.4 อัตลักษณ์ทางเพศภาวะของผู้หญิง กับปัญหาหรือรอบเดือนหรือระดู

การปวดประจำเดือน (dysmenorrhea) คือคำที่ใช้ในทางการแพทย์สำหรับอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในช่วงของการมีระดู ซึ่งเป็นอาการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับมดลูก เช่น เนื้องอกที่มดลูก เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ ที่ทำให้ได้รับการรักษาโดยการตัดมดลูก ตามที่ Landers (1988) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นหญิงกับการปวดระดู พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ผกผันกัน และผู้หญิงได้จำแนกความเป็นหญิงโดยทั่วไป โดยใช้ลักษณะจากประสบการณ์การปวดระดูมาแยกแยะ

รายงานการศึกษาของ Wood (1986 อ้างถึงใน Elson, 2004) ได้ศึกษาสภาพทางสังคมของความเป็นหญิงมีความสัมพันธ์กับปัญหาการมีระดูที่รุนแรงขึ้นจากความทุกข์ทรมานที่ผู้หญิงได้รับ นอกจากนี้มีรายงานในประเทศไทย พบว่า ผู้หญิงที่มีอาการไม่สุขสบายจากการมีระดูอย่างรุนแรงจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีประจำเดือน เบื่อโลก เบื่อสังคม เบื่อชีวิต

(Kongvattananon et al., 2005) ซึ่งความรู้สึกที่เต็มไปด้วยความทุกข์ทรมาน ไม่สามารถควบคุม อารมณ์ปวดระดู หรือสภาพการมีเลือดออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้หญิงจำนวนมากต้องอดทน และผู้หญิงบางคนก็ยังมีทัศนคติว่าเป็นสิ่งที่ผู้หญิงควรอดทนจนถึงที่สุด เหมือนเป็นหน้าที่ของ ลูกผู้หญิง (Elson, 2002) เมื่อผู้หญิงจำนวนหนึ่งหมดความอดทนจึงถูกผลักดันไปสู่การตัดมดลูก ที่ ส่งผลต่อความรู้สึกความเป็นหญิงตามมา

ผลจากประสบการณ์ของผู้หญิงที่ประสบกับอาการรุนแรงจากการมีระดู ที่รบกวนหรือทำลายวิถีชีวิตของผู้หญิง เสมือนเป็นผลกระทบต่อความเป็นหญิงด้วย การวิเคราะห์ เหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า การมีรอบเดือนหรือระดู ให้ความหมายสองด้าน คือ ทั้งด้านดีและด้านไม่ดีที่ สร้างความคลุมเครือ ไม่ชัดเจนของผู้หญิง อันจะเป็นการชี้ถึงวิธีการเพื่อนำไปสู่การทำความเข้าใจว่า ทำไมการสิ้นสุดการมีรอบเดือนหรือระดู จากการตัดมดลูกจึงเป็นประสบการณ์ที่ทำให้ผู้หญิงรู้สึก สองด้านภายในตนเอง ที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงแต่ละคนที่แตกต่างกัน

2.3.5 การสิ้นสุดการมีรอบเดือนหรือระดู และอัตลักษณ์ทางเพศภาวะ

ถ้าการมีระดูเป็นสัญลักษณ์ในการเริ่มต้นของบุคคลในการ “เป็นสาว” แล้วดังนั้นการสิ้นสุดการมีระดูก็หมายความว่า “ก็หมดความเป็นสาว” ใช่หรือไม่ ความสำคัญของ ระดูเสมือนเป็นสัญลักษณ์ แสดงความเป็นปกติของผู้หญิง คำถามที่กล่าวมาก็มีความเป็นไปได้ การ หมดประจำเดือนโดยธรรมชาติ สามารถแสดงให้เห็นถึงปัญหาของอัตลักษณ์ทางเพศภาวะ (Rogers, 1997) ที่ผู้หญิงรู้สึกหมดความเป็นสาวเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามการหมดประจำเดือนโดย ธรรมชาติ ถือว่าเป็นสิ่งที่ดำเนินไปของช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนผ่านโดยธรรมชาติ ที่เป็นที่ยอมรับกัน แต่ การถูกตัดมดลูก เป็นปรากฏการณ์ที่ทำให้สิ้นสุดการมีระดูแบบเฉียบพลันที่เกิดขึ้นกับชีวิตของ ผู้หญิงก่อนวัยอันสมควร ย่อมส่งผลต่อปัญหาอัตลักษณ์ทางเพศภาวะของผู้หญิงได้มากกว่าที่เป็น ไป ตามธรรมชาติ

นอกจากนี้ผู้หญิงยังให้ภาพความปกติของการมีระดู เสมือนเป็นบ่อเกิด ของชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี และทำหน้าที่ที่มีคุณค่าให้กับชีวิตผู้หญิง และวรรณกรรมต่างๆทาง การแพทย์ ส่วนใหญ่เน้นที่ทัศนคติทางด้านลบจากปัญหาที่เกิดจากการมีระดู และบ่อยครั้งที่ปฏิเสธ คุณค่าทางด้านดีของการมีระดูจากผู้หญิงอีกหลายคน รายงานการศึกษาของ Elson (2002) ยังพบว่า มีการศึกษาข้อมูลสนับสนุนประเด็นการตัดมดลูกกับความเศร้าโศกของผู้หญิงมีน้อยมาก แต่สิ่งที่ พบในการศึกษาของเธอ ในด้านการมีระดูที่ผู้หญิงได้รับการตัดมดลูกให้ความสำคัญเหมือนเป็นการ สูญเสียที่เกิดขึ้น ใน 3 ประเด็น คือ ใช้ลักษณะของการมีระดูเสมือนเป็นเครื่องควบคุมความปกติ ของชีวิต เรื่องราวของระดูทำให้เธอรู้สึกของการสร้างเครือข่ายสัมพันธ์กับผู้หญิงคนอื่นๆที่เข้าใจซึ่ง กันและกัน และต้องใช้ความสามารถของเธอที่มีอยู่ปรับเปลี่ยนตนเองจากการเปลี่ยนแปลงของ

ภาวะระดูใหม่ที่เกิดขึ้น ต้องการควบคุมตนเองให้สงบเมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลง และการแสดงออกทางอารมณ์ที่แปรปรวนต้องจัดการให้เหมาะสมหลังการตัดมดลูก

คุณค่าของมดลูกจึงเกี่ยวข้องกับกรณีระดู โดยถือว่าการมี “มดลูก” เสมือนเป็นที่ให้กำเนิดและเลี้ยงดูทารก มดลูกจึงมีความหมายกับผู้หญิง เสมือนแสดงความสามารถของการเป็นแม่ ภรรยา พี่สาว น้องสาว และในบทบาทของการเป็นภรรยา เมื่อไม่มีมดลูกความรู้สึกของผู้หญิงอาจเปลี่ยนแปลงไป เมื่อผู้หญิงถูกตัดมดลูกจะรู้สึกว่าอัตลักษณ์ของความเป็นหญิงเปลี่ยนแปลง และยังคงแตกต่างในผู้หญิงแต่ละคน ซึ่งสิ่งเหล่านี้พยายามผู้ให้การดูแลผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูกควรตระหนักและคำนึงถึง รวมทั้งให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวเกี่ยวกับการจัดการหรือดำเนินการให้การดูแลด้วยเช่นกัน

2.4 การดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

2.4.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

การนำมโนทัศน์ เพศภาวะ และความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะมาเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจในการให้การดูแลสุขภาพ โดย Miers (2002) ได้ทำการพัฒนาและทำความเข้าใจในมโนทัศน์ของการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะได้นำเสนอความเป็นไปได้ของความหมายของการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะว่า เป็นการดูแลที่สร้างความเท่าเทียมในผู้ชายและผู้หญิง และเป็นดูแลที่ใช้หลักคุณธรรมและจริยธรรมเป็นพื้นฐาน และใช้วิธีการดูแลที่เป็นวิธีการของนักสตรีนิยม (feminist approach) เพื่อทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างผู้รับบริการและทีมสุขภาพ เป็นบริการที่แสดงให้เห็นว่าอำนาจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความเท่าเทียมกัน และใช้หลักการหลังสมัยใหม่ (postmodernism) เพื่อเปลี่ยนแปลงวาทกรรม (discourses) เกี่ยวกับเพศภาวะและการดูแล เพื่อให้วาทกรรมมีอำนาจที่นำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศภาวะและความสัมพันธ์ของเพศภาวะ ดังนั้นคุณค่าของการดูแลสุขภาพจึงอยู่ที่การใช้ความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะในการให้การดูแลสุขภาพของบุคคล ซึ่งข้อเสนอของ Miers (2002) มีลักษณะมุ่งเน้นความรู้ที่เกิดจากปรัชญาพื้นฐานที่นำไปสู่การให้การดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

ในการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะต้องคำนึงถึงความแตกต่างของเพศภาวะและยังต้องการตอบสนองการให้การดูแลสุขภาพของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ที่เป็นไปตามความคาดหวัง ในลักษณะที่เป็นไปตามธรรมชาติ ตามประสบการณ์ การแสดงออกสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และผลที่เกิดขึ้นตามมาของปัญหาสุขภาพต่างๆ ในผู้หญิงและผู้ชาย โดยการมองสุขภาพและความเจ็บป่วยของผู้หญิงและผู้ชายนั้นสัมพันธ์กับบริบททางสังคมของหญิงและชาย ที่ดำรงชีวิตอยู่ และต้องให้ความสำคัญกับประสบการณ์การเจ็บป่วยที่แตกต่าง

ของผู้หญิงและผู้ชาย ที่ผู้ให้การดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะต้องตระหนักและทำความเข้าใจสุขภาพผู้ชายและผู้หญิงที่ยึดแก่นสาระทางเพศภาวะ และการดูแลควรเป็นรูปแบบการผสมผสานระหว่างความรู้ทางชีววิทยาทางการแพทย์ และความรู้ทางโครงสร้างทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพเข้าด้วยกัน (Gijsbers Van Wijk, 1996; Khoury & Weisman, 2002; Bird & Rieker, 1999)

ดังนั้นการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ จึงสรุปความหมายได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่ให้การดูแลสุขภาพไม่เพียงใช้มุมมองทางชีววิทยาทางการแพทย์ในการดูแล แต่ยังใช้มุมมองที่หลากหลายของความแตกต่างทางเพศภาวะของชายและหญิงที่ถูกประกอบสร้างทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ นำมาวิเคราะห์ วางแผนการดูแล ปฏิบัติ รวมทั้งประเมินผล ให้เหมาะสมกับผู้ชายและผู้หญิงแต่ละคน ไม่ว่าจะเด็กหรือผู้ใหญ่ โดยใช้หลักการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของบุคคล โดยให้ความสำคัญต่อความต้องการ และประสบการณ์ที่แตกต่างของบุคคล ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และตระหนักถึงบริบท สังคม วัฒนธรรม นโยบาย ที่หลากหลายที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ โดยการดูแลนั้นเป็นการดูแลอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ไม่แบ่งแยก และนำไปสู่การกำหนดนโยบายทางสุขภาพ ที่ให้ผลลัพธ์ของการดูแลสอดคล้องกับเพศภาวะของบุคคล โดยมีเป้าหมายของการดูแล คือ เพื่อส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงชาย ดำรงไว้ซึ่งคุณธรรม จริยธรรม และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และนำไปสู่การมีชีวิตที่ดีมีความสุข

2.4.2 แนวคิดและการนำความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะไปใช้ในการดูแลสุขภาพ

องค์กรด้านสุขภาพและนักวิชาการจากการปฏิบัติและการวิจัยได้ให้แนวคิด และข้อเสนอที่มีความหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่มุ่งความสำคัญที่การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้หญิงเป็นหลักก่อน โดยเชื่อว่าที่ผ่านมาผู้หญิงไม่ได้รับความเป็นธรรม การพัฒนาการดูแลสุขภาพให้กับผู้หญิงจะนำไปสู่การสร้าง ความเท่าเทียมในการดูแลสุขภาพได้ (United Nations, 1995) จะเห็นได้จากการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะมีการเริ่มมาจากการเคลื่อนไหวด้านการดูแลสุขภาพสตรีในประเทศเนเธอร์แลนด์ และการประชุม The Fourth World Conference on Women มีการถกเถียงกันว่า คุณภาพการดูแลสุขภาพ (quality of care) ที่กำหนดไว้เดิมที่ประกอบด้วย 3 ลักษณะ คือ 1) มีความเป็นไปได้ (availability) 2) การสามารถเข้าถึงบริการ (accessibility) 3) ความสามารถในการจัดดำเนินการได้ (affordability) นั้นไม่เพียงพอในการสร้างความเท่าเทียมกันทางสุขภาพ โดยเฉพาะกับการดูแลสุขภาพของผู้หญิง จึงควรเน้นที่การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้หญิง (United Nations, 1995) จึงมีการนำเสนอเพิ่มเติม โดย Non Government Organization [NGO] Forum ได้รวบรวมจากที่ประชุมกลุ่มยุโรป และนำเสนอในที่ประชุม ณ กรุงปักกิ่ง และได้

ข้อสรุปว่าการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะจะต้องประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) ความเป็นไปได้ (available) 2) สามารถเข้าถึงบริการได้ (accessible) 3) สามารถจัดบริการให้เกิดขึ้นได้ (affordable) 4) มีความเหมาะสมกับเพศภาวะของแต่ละบุคคล (appropriate) 5) สามารถยอมรับได้จากผู้ใช้บริการ (acceptable) (NGO, 1994 cite in Gijsbers Van Wijk et al., 1996)

ต่อมา Gijsbers Van Wijk และคณะ (1996) ได้ศึกษามุมมองของเพศสภาพกับคุณภาพการดูแลที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับผู้หญิง กล่าวว่าลักษณะการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิง พบว่า การบริการสำหรับผู้หญิงยังไม่เพียงพอ ใน 5 องค์ประกอบดังที่ องค์การ NGO เสนอข้างต้น ควรเพิ่มลักษณะที่ 6) คือ การบริการต้องมีความเพียงพอต่อผู้ใช้บริการ (adequate) จึงจะทำให้รูปแบบการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ในประเทศแคนาดา มีการกำหนดนโยบายที่เน้นถึงการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะต้องมีการวิเคราะห์โดยใช้เพศภาวะเป็นพื้นฐาน (gender-based analysis) ในทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มการวิเคราะห์ข้อมูลจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ทั้งในงานบริการ การวิจัย งานนโยบาย การออกแบบ โครงการต่างๆ และประเมินผล เพื่อให้แน่ใจว่าคำถามที่นำมาซึ่งข้อมูลนั้นมีความไวต่อความรู้สึกและเหมาะสมกับผู้ชายและผู้หญิง รวมทั้งวิเคราะห์และจัดโปรแกรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งการวิเคราะห์โดยใช้เพศภาวะเป็นพื้นฐาน ช่วยให้แน่ใจว่าสภาพความแตกต่างทางเศรษฐกิจ นโยบาย สังคม และชีววิทยา ของทั้งผู้ชายและผู้หญิง ไม่ว่าจะ เป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ มีการนำมาอธิบายในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์โดยใช้เพศภาวะเป็นพื้นฐาน จะเข้าไปสร้างความกระจ่างให้เห็นประเด็นชัดเจนว่าความเป็นจริงคืออะไรและเป็นอย่างไร เช่น มีการแสดงให้เห็นน้อยกว่าผู้หญิงเขาไปมีส่วนในการตัดสินใจ หรือขาดการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ผลกลับนำมาใช้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง ไม่แตกต่างกัน จึงแสดงถึงความไม่สมดุลและไม่เป็นธรรมเกิดขึ้นระหว่างผู้ชายและผู้หญิงในสังคม (Health Canada, 2000; Donner, 2003; CHN, 2006)

ส่วนองค์กร Status of Women Canada (1998) นำหลักการการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ ไปปฏิบัติ โดยใช้เพศภาวะเป็นพื้นฐาน เป็นกระบวนการที่ใช้ประเมินผลกระทบของความแตกต่างของชายและหญิงในด้านนโยบาย โปรแกรม และกฎหมายที่มีอยู่หรือที่ถูกนำเสนอขึ้นมา ทำให้สร้างนโยบายที่เป็นไปได้ ในการติดตามความเหมาะสมของความแตกต่างทางเพศภาวะ ตามธรรมชาติของความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง และความแตกต่างของชายหญิงที่สัมพันธ์กับสังคม ความคาดหวังของชีวิตและสภาพเศรษฐกิจ การ

วิเคราะห์โดยใช้เพศภาวะเป็นพื้นฐาน จึงเป็นเสมือนเครื่องมือเพื่อสร้างความเข้าใจกระบวนการทางสังคม และเพื่อสนองตอบกับข้อมูลและทางเลือกที่เป็นธรรมของคนทุกคนไม่ว่าผู้ชายหรือผู้หญิง

จึงอาจกล่าวได้ว่าการวิเคราะห์โดยใช้เพศภาวะเป็นพื้นฐาน จึงถือว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์เพื่อแยกแยะและสร้างความกระจ่าง ในการพิจารณาความแตกต่างของผู้ชายและผู้หญิง ในทุกมุมมองทั้งด้านชีววิทยา และด้านเพศภาวะที่ถูกกำหนดจากโครงสร้างทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ และวิถีชีวิตของแต่ละคน เพื่อสร้างความเข้าใจ มีความตระหนัก นำมาสู่การกำหนดนโยบาย การวิจัย และการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมและเป็นธรรมต่อชายและหญิง ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ในทุกแง่ทุกมุมของคนแต่ละคน ที่ถือว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ

2.4.3 คุณลักษณะของบุคคลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะในการให้การดูแลสุขภาพ

สิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะควรจะเริ่มที่ตัวของผู้ให้การดูแลต้องมีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะด้วย มีนักวิชาการได้เสนอแนวคิดและลักษณะคุณสมบัติของผู้ดูแลที่มีความละเอียดอ่อนในการดูแล แต่เน้นประเด็นที่วัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพที่ทำให้เกิดความแตกต่างของมนุษย์ ที่น่าสนใจ คือ Campinha-Bacote (1999, 2002) ได้กล่าวถึง กระบวนการสร้างสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม ในการบริการสุขภาพว่าผู้ให้การดูแลสุขภาพเชิงวัฒนธรรมที่ดีจะต้องมีสมรรถนะที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) การตระหนักทางวัฒนธรรม (cultural awareness) เป็นความเข้าใจและมีจิตสำนึกในประเด็นวัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพ 2) ความรู้ทางวัฒนธรรม (cultural knowledge) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้ด้านวัฒนธรรมอย่างชัดเจน 3) การเผชิญหน้าทางวัฒนธรรม (cultural encounters) 4) ทักษะทางวัฒนธรรม (cultural skill) และ 5) ความปรารถนาที่จะเรียนรู้ทางวัฒนธรรม (cultural desire) เป็นผู้แสวงหาและใฝ่รู้สิ่งใหม่ๆ ที่เปลี่ยนแปลงในสังคม เมื่อผู้ดูแลมีคุณสมบัติดังกล่าว ถือว่ามีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพ

ขณะที่ Majumdar (1997) ได้สร้างคู่มือ ในการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพให้มีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรม (culture sensitive training) แต่ไม่ได้มุ่งที่ตัวองค์ความรู้ แต่เน้นที่ทักษะของผู้ให้การดูแล โดยเน้นการพัฒนาบุคลากรให้เกิดผลใน 3 ส่วนที่นำไปสู่การมีความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรม คือ 1) การตระหนักในตนเอง (self-awareness) บุคลากรด้านสุขภาพต้องมีความเข้าใจในตนเองทั้งพื้นฐานวัฒนธรรมของตน ค่านิยม ทศนคติ และความเชื่อที่ตนเองมีอยู่ 2) การละเอียดอ่อนต่อความรู้สึก (sensitivity) บุคลากรด้านสุขภาพต้องมีความเข้าใจและเข้าถึงความรู้สึกของผู้อื่น และเข้าใจสภาพวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล 3) มีทักษะในการดูแล

เชิงวัฒนธรรม (skills) บุคลากรด้านสุขภาพต้องสามารถนำความตระหนักและความเข้าใจในตนเอง รวมทั้งความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรมที่เข้าใจและเข้าถึงความรู้สึกของผู้อื่น ไปสู่การปฏิบัติที่มีความไวเชิงวัฒนธรรมได้

ดังนั้นคุณสมบัติของตัวบุคคลที่จะมีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะในการให้การดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลผู้ให้การดูแลเมื่อรวบรวมความรู้ที่มีอยู่ อาจสรุปได้ว่าควรมีสรรณะใน 4 องค์ประกอบ ที่จะนำไปสู่การพยาบาลที่มีความไวเชิงเพศภาวะ ดังมีรายละเอียดดังนี้

2.4.3.1 มีความตระหนักรู้ (awareness) ในการให้การพยาบาลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะผู้ให้การดูแล โดยเฉพาะพยาบาลจะต้องมีความตระหนักรู้ในตนเอง รู้จักตนเอง เข้าใจวัฒนธรรมและความเชื่อของตนเองก่อนว่าเป็นอย่างไร จึงจะนำไปสู่การตระหนักรู้และความเข้าใจผู้อื่น และจะต้องมีความตระหนักถึงหลักของความเสมอภาค (equity) ระหว่างหญิงชายที่มีในสังคมให้ความยุติธรรมภายใต้เงื่อนไขที่แตกต่างกันและข้อจำกัดที่มีของคนแต่ละคน

2.4.3.2 มีความรู้ (knowledge) พยาบาลและผู้ให้การดูแลจะต้องมีความรู้รอบทั้งในมุมมองของชีววิทยาศาสตร์ และโครงสร้างทางสังคม ใช้มุมมองเพศภาวะ (gender lens) พิจารณาถึงสิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ที่แตกต่าง โดยใช้เพศภาวะเป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ ทั้งกระบวนการ ตั้งแต่การวิเคราะห์ข้อมูล วางแผน ปฏิบัติงาน และประเมินผล

2.4.3.3 ความละเอียดอ่อนต่อความรู้สึก (sensitivity) พยาบาลและผู้ให้การดูแลจะต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับการดูแล เข้าถึงความรู้สึกของผู้อื่น ไวต่อปฏิกริยาการตอบสนอง ทั้งภาษาพูดและภาษากาย จากการแสดงออก สีหน้า ท่าทาง และ บรรยากาศโดยรอบที่เกิดขึ้นอันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้รับการดูแล

2.4.3.4 ทักษะในการดูแล (skills) เป็นความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแล ที่เกิดขึ้นจากการฝึกฝนและการสะสมประสบการณ์ ในการให้การดูแล และเกิดจากการที่พยาบาลและผู้ให้การดูแลใฝ่ที่จะเรียนรู้ และยอมรับความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยเฉพาะประสบการณ์ที่มาจากผู้หญิงที่มีประสบการณ์โดยตรง นำมาปรับปรุงบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับคนแต่ละคนได้

2.4.4 ลักษณะการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะเชิงประจักษ์ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

เมื่อพิจารณาการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะพบว่ามีลักษณะที่หลากหลาย แต่ละลักษณะให้ความสำคัญกับผู้หญิงที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยได้ศึกษาลักษณะ

การดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิงจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีผู้ศึกษาวิเคราะห์สรุปได้ดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงการสรุปผลการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิงจากงานวิจัย ช่วงปี 1997-2006

ผู้ศึกษาปีที่ศึกษา	ผลการศึกษา
Hunt (1997)	<p>ลักษณะการดูแลสุขภาพสตรีที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะมี 8 ลักษณะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้บริการเฉพาะผู้หญิง (women-only services) 2. จัดสถานที่บริการเฉพาะสำหรับผู้หญิง ให้รู้สึกปลอดภัย และมีคุณค่า (the creation of women-space) 3. มีการช่วยเหลือกันและมีลักษณะเป็นองค์รวม (self-help and holism) 4. มีการให้คำปรึกษาแบบสตรีนิยม และแบบผู้หญิงช่วยผู้หญิง (feminist counseling and women-to-women support) 5. มีการทำงานเป็นทีมที่ทุกคนยึดหลักการแบบสตรีนิยม (feminist teamwork) 6. ให้บริการสุขภาพที่หลากหลายสำหรับผู้หญิงที่หลากหลายบริบท (diversified health care) 7. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการเคลื่อนไหวของสังคม (information sharing and social action) 8. สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก (accessibility)
Khoury & Weisman (2000) ประเทศสหรัฐอเมริกา	<p>ลักษณะการดูแลสุขภาพผู้หญิงที่มีคุณภาพต้องเน้น 4 ลักษณะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้หญิง 2. ให้ความสนใจกับความรู้สึกและความต้องการของผู้หญิง 3. ชี้แจงและให้ข้อมูลอย่างสมบูรณ์ครบถ้วนกับผู้หญิง 4. ผู้หญิงต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในปัญหาสุขภาพของตน
องค์กรสุขภาพสตรีประเทศสหรัฐอเมริกา (Milliken et al., 2001)	<p>ลักษณะการดูแลที่เหมาะสมกับสุขภาพสตรี มี 6 ลักษณะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลต้องเกิดจากความเข้าใจ (comprehensive care) 2. การดูแลที่ให้ความเป็นมิตรกับผู้หญิง (women-friendly care) 3. การดูแลที่มุ่งเน้นที่ผู้หญิง (women-focus care) 4. การดูแลต้องให้ผู้หญิงเข้ามามีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องในการดูแล (women-relevant care) 5. การดูแลต้องเป็นแบบผสมผสาน (integrated care) 6. การดูแลนั้นต้องมาจากสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care)

ตารางที่ 2 แสดงการสรุปผลการดูแลสุขภาพ ที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิง จากงานวิจัย ช่วงปี 1997-2006 (ต่อ)

ผู้ศึกษาปีที่ศึกษา	ผลการศึกษา
Hill & Mullett (2002) ประเทศแคนาดา	<p>ลักษณะการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะที่ใช้ผู้หญิงเป็นศูนย์กลาง มี 8 ลักษณะ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การยอมรับผู้หญิง ทั้งความรู้และประสบการณ์ รวมถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้หญิง 2. รับรู้และยอมรับในความหลากหลายของผู้หญิง ซึ่งความหลากหลายรวมถึง ด้านสรีระภาพ ชาติพันธุ์วรรณา สภาพเศรษฐกิจ แนวคิดด้านเพศ ความสามารถ วัฒนธรรม ศาสนา และระดับการศึกษา 3. รับรู้ว่าผู้หญิงเป็นผู้ให้การดูแลที่สำคัญตั้งแต่แรก ที่เป็นแหล่งให้ความปลอดภัยกับมนุษย์ ในสังคมตั้งแต่เกิด และนอกจากนี้ควรรับรู้ว่าผู้หญิงมีประสบการณ์ที่ยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพเพราะต้องเป็นผู้รับผิดชอบให้การดูแลและเลี้ยงดูลูก 4. พิจารณาอย่างเต็มที่ถึงผลกระทบของ สังคม เศรษฐกิจ ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมและสังคม ต่อชีวิตของผู้หญิง และตระหนักถึงความไม่สมดุลในเชิงเพศภาวะในสังคมด้วย 5. ให้ข้อมูลกับผู้หญิงเพื่อเอื้อต่อการตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้อง ผู้หญิงควรได้รับการส่งเสริมให้ออกกำลังกาย ดามข้อสงสัย และได้รับโอกาสในการพิจารณาทางเลือกในการรักษาที่เหมาะสมด้วยตนเอง 6. การดูแลที่มีความเหมาะสมนั้น ได้จากการประสานและสนับสนุนซึ่งกันและกันของทุกฝ่ายในวิชาชีพทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือให้มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่อง และมีคุณภาพในการดูแล 7. ยินยอมหรืออนุญาตให้มีการกำหนดด้วยตนเอง ที่จะให้สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญอื่นๆ เข้าร่วมรับการให้การปรึกษาปัญหาของผู้หญิงแต่ละคน 8. พิจารณาให้องค์ประกอบอื่นที่เป็นไปได้ นอกเหนือจากหลักการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โดย เฉพาะผู้ให้การดูแลสุขภาพทางเลือกอื่นๆ เข้ามาเป็นทางเลือกให้กับผู้หญิง

จากตารางที่ 2 ลักษณะการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิงนั้นมีความหลากหลาย แต่เมื่อพิจารณาถึงแนวทางการวิเคราะห์เพศภาวะในงานที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะตามองค์การอนามัยโลก ด้วยมโนทัศน์หลัก 4 ประการ พบว่าการศึกษาของ Hill & Mullett (2002) ลักษณะการดูแลให้ความสำคัญทั้ง 4 มโนทัศน์ คือ การแบ่งงานกันทำที่ให้ความสำคัญกับงานและหน้าที่ของผู้หญิง บทบาทของผู้หญิง การเข้าถึงและควบคุมทรัพยากร และการตัดสินใจของผู้หญิง ถึงแม้ว่าลักษณะบริการของทุกการศึกษาสะท้อนอย่างชัดเจนถึงมโนทัศน์ด้านอำนาจในการตัดสินใจที่ต้องมาจากผู้หญิง ให้ความสำคัญกับผู้หญิง การดูแลต้องตอบสนองความต้องการของผู้หญิง ที่ผู้หญิงสามารถเข้าถึงบริการได้ และ ส่วนมโนทัศน์อื่น โดยเฉพาะการนำประเด็นการแบ่งงานระหว่างชายหญิงและบทบาทความเป็นหญิงยังไม่ชัดเจน ซึ่งแต่ทุกการศึกษามีเป้าหมายให้บริการที่ครอบคลุมทุกมิติเพื่อให้ผู้หญิงมีสุขภาพะ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะมากขึ้น ผู้วิจัยได้ศึกษาจากแนวคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้หญิงเพิ่มเติม ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้แนวคิดหลากหลายดังต่อไปนี้

2.4.5 แนวคิดการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะจากการศึกษานำร่อง

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะจากนักวิชาการและผู้ปฏิบัติ โดยการสัมภาษณ์และการเสวนาแลกเปลี่ยนความรู้ช่วงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2548 ถึง 31 มกราคม 2549 จากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้หญิงในประเทศแคนาดา ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลเฉพาะทาง 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักวิชาการทางสังคมศาสตร์ด้านสตรีศึกษา 1 คน และผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก 2 คน ได้ข้อสรุปในการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันดังนี้

2.4.5.1 มุมมองของแพทย์ จะเห็นว่าให้ความสำคัญกับ คุณภาพและการปฏิบัติดูแลที่เท่าเทียมกันในชายและหญิง โดยให้ข้อเสนอแนะว่าการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะนั้นควรมีลักษณะ 3 ประการ คือ 1) การดูแลนั้นต้องมีคุณภาพสูงและสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกเพศภาวะ 2) ให้ความสำคัญต่อวิธีการดูแลที่เฉพาะเจาะจงที่เกิดขึ้นในแต่ละเพศ แม้จะเป็นโรคที่ไม่เจาะจงเพศหรือเจาะจงเพศก็ตามเนื่องจากมีผลกระทบในแต่ละเพศแตกต่างกัน ทั้งปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ และการรักษา 3) ให้ความสำคัญต่อความเสมอภาคของชายหญิง แม้จะเป็นสถานการณ์/ โรค ที่เกิดในเพศเดียวกันก็ตาม ก็ควรให้การดูแลที่มีบางอย่างเหมือนกันและบางอย่างแตกต่างกัน

2.4.5.2 สำหรับมุมมองของพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพสตรี และพยาบาลวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นที่คุณสมบัติเฉพาะในตัวบุคคลของผู้ให้การดูแลและการสนองตอบต่อความต้องการของผู้รับการดูแล ซึ่งให้ข้อเสนอแนะและสรุปได้ดังนี้ การดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวนั้นควรมีลักษณะที่ผู้ดูแล โดยเฉพาะพยาบาลต้องมีความตระหนักในตัวผู้ป่วยแต่ละคนที่มีความเฉพาะของแต่ละคน ต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้รับบริการ โดยเฉพาะความต้องการของผู้หญิง ที่มีความซับซ้อนมากกว่า ทั้งสรีระภาพและจิตสังคม รวมทั้งบทบาทที่ผู้หญิงมี พยาบาลต้องดำเนินการและให้ข้อมูลกับผู้หญิงทุกคนอย่างครบถ้วน และสามารถเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ยังกล่าวถึงพยาบาลที่ดีมีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะควรมีจิตที่รู้สึกอยากให้การดูแลอย่างเอื้ออาทร เข้าถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้รับการดูแล (sense of caring) โดยไม่จำเป็นว่าการดูแลนั้นต้องเป็นแบบผู้หญิงดูแลผู้หญิง หรือผู้ชายดูแลผู้ชายของเพียงแต่ผู้ดูแลไม่ว่าหญิงหรือชาย ต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้หญิง หรือของผู้ชายอย่างแท้จริง และระบบบริการต้องเอื้อต่อการจัดบริการ ทั้งเงินทุน และนโยบาย จะทำให้การดูแลสุขภาพสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ

2.4.5.3 ส่วนมุมมองของนักวิชาการทางสังคมศาสตร์ด้านสตรีศึกษา เน้นที่การตอบสนองต่อความต้องการของผู้หญิง และให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมของสังคม โดยให้ข้อเสนอแนะว่า การดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวนั้นควรมีลักษณะที่ต้องมาจากความต้องการของผู้หญิง ได้รับความเป็นธรรมในทุกแง่มุมของสังคม (equity) มีสิทธิและเสรีภาพในร่างกายของตน ได้รับการยอมรับในประสบการณ์ของผู้หญิง มีพลังอำนาจในการต่อรองและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง รวมทั้งผู้หญิงควรได้เข้าไปมีส่วนร่วมและรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงทุกแง่มุมและอย่างเพียงพอต่อการตัดสินใจในร่างกายของตน รวมทั้งสามารถเลือกสรรสิ่งที่ดีให้กับตนเองได้

2.4.5.4 มุมมองของผู้หญิงที่ได้รับการคัดค้านที่มีประสบการณ์ โดยตรง เน้นให้การตอบสนองต่อสิ่งที่ผู้รับการดูแลต้องการเช่นเดียวกับมุมมองของพยาบาลและนักสังคม โดยให้ข้อเสนอแนะว่าการดูแลที่ผู้หญิงต้องการ ควรมีลักษณะเข้าใจในสิ่งที่เธอต้องการสนใจต่อสิ่งที่เธอพูดและบอก ดูแลเรื่องของการควบคุมความเจ็บปวดให้ผู้หญิงสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง (patient self administered analgesia) ให้ข้อมูลที่เป็นจริงทุกแง่มุมเกี่ยวกับสุขภาพของเธอทั้งผลดีผลเสีย ให้โอกาสและมีเวลาให้เธอได้ซักถามข้อมูลได้ตลอดเวลาทั้งก่อนและหลังผ่าตัด แม้หลังผ่าตัดในระยะยาวด้วย ให้มีทางเลือกในการดูแล รวมทั้งปรารถนาให้คู่ชีวิต/สามี/ญาติ ได้เข้ามารับรู้ข้อมูลร่วมกับเธอด้วย และต้องการนอนโรงพยาบาลให้สั้นที่สุด (ไม่เกิน 2 วัน) เพื่อจะได้เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ผู้ดูแลเป็นหญิงหรือชาย ไม่สำคัญ ขอเพียงเข้าใจความต้องการของเธอ

จากมุมมองของบุคคลจากสาขาวิชาชีพดังกล่าวข้างต้น ให้ความสำคัญกับการดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะที่แตกต่างกัน คือ มุมมองของแพทย์ ให้ความสำคัญกับวิธีการ และคุณภาพการดูแล ส่วนมุมมองพยาบาลมุ่งเน้นที่คุณลักษณะของผู้ให้การดูแล ที่จะส่งผลต่อการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับการดูแล ส่วนนักสังคมให้ความสำคัญกับสิทธิความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้หญิง ส่วนผู้หญิงที่เป็นผู้เผชิญกับปัญหาโดยตรง ต้องการความเข้าใจ และตอบสนองต่อสิ่งที่เธอต้องการ แต่จุดร่วมที่เหมือนกันของทุกฝ่ายก็คือ เป็นการดูแลที่ให้ความเสมอภาคเท่าเทียมกันทั้งชายและหญิง และต้องสนองตอบต่อความต้องการของผู้รับการดูแลทุกคน

2.4.6 **สรุปการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก**

สำหรับลักษณะการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก ผู้วิจัยศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การแลกเปลี่ยนความรู้กับผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวข้างต้น ด้วยการผสมผสานความรู้ในการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้หญิง การดูแลที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิงที่ตัดมดลูกที่มีความเป็นไปได้ น่าจะเกิดจากการดูแลที่ผสมผสานความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และความรู้ทางโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพผู้หญิง จึงสรุปลักษณะการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก ได้ดังนี้

2.4.6.1 **เป็นการดูแลที่ใช้ความรู้ทั้งด้านชีววิทยาศาสตร์ (biological science) และความรู้ทางโครงสร้างทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ ในการให้การดูแลสุขภาพผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก** ลักษณะการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะต้องมีลักษณะที่ผสมผสานความรู้ทั้งมุมมองด้านชีววิทยาศาสตร์การแพทย์ และด้าน โครงสร้างทางสังคมที่กำหนดเพศภาวะ (Bird & Rieker, 1999) ของคนแต่ละคน ภายใต้บริบทที่แตกต่างกันของผู้หญิงแต่ละคน

2.4.6.2 **ต้องเป็นการดูแลที่ให้การยอมรับผู้หญิงว่ามีความสำคัญต่อสังคมและผู้หญิงมีทั้งความรู้ และประสบการณ์ที่มีค่า รวมถึงการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้หญิง และรับรู้และยอมรับในความหลากหลายของผู้หญิง** ซึ่งความหลากหลายรวมถึง ด้านสรีระภาพ ชาติพันธุ์ วรรณนา สภาพเศรษฐกิจ แนวคิดด้านเพศ ความสามารถ วัฒนธรรม ศาสนา และระดับการศึกษา

2.4.6.3 **เป็นการดูแลที่ใช้ มุมมองเพศภาวะ (gender lens) และใช้การวิเคราะห์บนพื้นฐานของเพศภาวะ** ในการค้นหาและพิจารณาอย่างเต็มที่ถึงปัจจัยที่มีผลกระทบทาง

กายภาพ จิตสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง นโยบาย และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่มีต่อชีวิตของผู้หญิงที่ดัดจริต ตลอดจนกระบวนการในการให้การดูแล และตระหนักถึงความไม่สมดุลในเชิงเพศภาวะ หรือความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคมของผู้หญิงผู้ชายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

2.4.6.4 เป็นการดูแลที่ใช้ผู้หญิงที่ดัดจริตเป็นศูนย์กลางในการให้การดูแล

2.4.6.5 เป็นการดูแลที่ต้องเกิดจากความต้องการ (needs) ของผู้หญิงที่ได้รับการดัดจริตอย่างแท้จริง ที่เกิดจากการพูด การแสดงออกถึงความต้องการของผู้หญิงที่ดัดจริต ตลอดจนกระบวนการในการดูแล

2.4.6.6 เป็นการดูแลที่ผู้หญิงทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง โดยยึดหลัก ความเสมอภาค (equity) และความเท่าเทียมกัน (equality) ของคนทุกคนในสังคม สร้างโอกาสที่เอื้อภายใต้เงื่อนไขและข้อจำกัดของแต่ละบุคคลมี

2.4.6.7 เป็นการดูแลที่ให้ผู้หญิงที่ได้รับการดัดจริตเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและรับรู้ข้อมูล อย่างครบถ้วนและมีทางเลือก และสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง รวมทั้งรูปแบบต้องเอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วมและรับรู้ของคู่ชีวิต/สามี หรือนุคคลสำคัญ ที่เป็นไปตามความต้องการของผู้หญิง

2.4.6.8 เป็นการดูแลที่ส่งเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้กับผู้หญิงที่ดัดจริตให้มีศักยภาพ และใช้ศักยภาพนั้นในการตัดสินใจและรับผิดชอบต่อร่างกายของตนเอง

2.4.6.9 เป็นการดูแลที่เน้นผู้ให้การดูแลต้องมีความเข้าใจอย่างแท้จริง และตระหนักถึงความต้องการของผู้หญิง เป็นการดูแลที่ผู้ให้การดูแลให้ความเป็นมิตรกับผู้หญิง (women-friendly care) ซึ่งไม่จำเป็นที่เพศเดียวกันดูแลเพศเดียวกัน (ผู้หญิงดูแลผู้หญิง) เท่านั้น

2.4.6.10 ลักษณะการดูแลต้องเกิดจากการประสานและสนับสนุนซึ่งกันและกันของทุกฝ่าย ในวิชาชีพทางสุขภาพหรือเรียกว่า เป็นสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ ให้มีประสิทธิภาพ มีความต่อเนื่อง และมีคุณภาพในการดูแลสุขภาพของผู้หญิงที่ได้รับการดัดจริต

ผลสรุปลักษณะการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้หญิงที่ได้รับการดัดจริต ทั้ง 10 ประการ นับว่าเป็นการดูแลที่ให้ความสำคัญกับผู้หญิงเข้าถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้หญิงที่เสมือนเป็นการดูแลด้วยหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์นั่นเอง และการดูแลสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะช่วยส่งเสริมให้การดูแลสุขภาพผู้หญิงได้ครอบคลุมทุกมิติและเป็นองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

ความรู้ที่มาจากประสบการณ์จริงที่ได้มีการสั่งสมจากประสบการณ์จากผู้หญิงที่ได้รับการคัดมดลูก และการให้ความหมายต่อประสบการณ์นั้น รวมทั้งความต้องการที่แท้จริงของผู้หญิงในบริบทสังคมไทย ที่เป็ความรู้อีกลักษณะหนึ่งที่ต้องการเปิดออกเพื่อเป็นความรู้พื้นฐานในการทำความเข้าใจผู้หญิง ที่จะช่วยส่งเสริมความรู้เดิมให้เกิดความสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งแนวทางการแสวงหาความรู้และสร้างความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาลมีหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อพื้นฐานของผู้วิจัย การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงไทยที่ได้รับการคัดมดลูก ซึ่งจะขอกล่าวรายละเอียดต่อไป

3. แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยากับการสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาล

การแสวงหาความรู้ ที่นำไปสู่การสร้างความรู้หรือ ได้มาซึ่งความรู้ นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับความเชื่อในความจริงที่มีอยู่หรือปรัชญาพื้นฐานของแต่ละคน และปรัชญาพื้นฐานนั้นจะบ่งบอกถึงวิธีวิทยา (Methodology) ที่จะได้มาซึ่งความรู้ นั้น ในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงไทยที่ได้รับการคัดมดลูก ผู้ศึกษาอธิบายได้ดังต่อไปนี้

3.1 ปรัชญาพื้นฐานที่ใช้ในการศึกษา

ปรัชญาหรือความเชื่อในความจริงที่มีอยู่ เป็นพื้นฐานของความคิดของมนุษย์ที่นำไปสู่วิธีการแสวงหาความรู้ความจริงที่อยู่เบื้องหลังการดำเนินการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ปรัชญา ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology Philosophy) เป็นพื้นฐานในการศึกษาวิจัย

“ปรากฏการณ์วิทยา” เป็นปรัชญาประเภทจิตนิยม ที่มอง ความเป็นจริงคือสิ่งที่เราเรียนรู้จากประสบการณ์ของคนว่ามันเป็น มันมีอยู่ และดำรงอยู่ ไม่สามารถแยกแยะออกมาเป็นส่วนๆ ได้ คนเราจะสามารถรับรู้ต่อสรรพสิ่งในโลกได้โดยผ่านการรับรู้ (perception) การให้ความหมาย และตีความ ปรากฏการณ์นั้น ตามประสบการณ์ที่ตนรับรู้ (Struebert Speziale & Carpenter, 2003)

ปรัชญาปรากฏการณ์วิทยาเชื่อว่าความรู้ความจริงนั้นเกิดจากประสบการณ์ของมนุษย์ และให้คุณค่ากับประสบการณ์ของมนุษย์ ที่มนุษย์เข้าไปเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้น ว่าเป็นความรู้ความจริงที่มีอยู่ (existence) (Streubert & Carpenter, 2007) ซึ่งสิ่งที่เป็นจริงไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสเสมอไป หลายสิ่งสามารถเข้าถึงได้ด้วยกรหยังรู้ โดยผ่านการทำความเข้าใจถึงความรู้สึก การให้ความหมาย และสิ่งที่อยู่ภายในจิตได้สำนึกของคนคนนั้น และเราจะเข้าใจสิ่งที่เราประสบได้ด้วยการวิเคราะห์การรับรู้ และการให้ความหมายของสิ่งที่เราประสบอันเป็นตัวกระตุ้นการตระหนักรู้ของเรา (Patton, 1990; Omery et al.,1995; Cohen, 2000) จากทัศนะ

ดังกล่าว แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาในการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก จึงมุ่งศึกษาประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน (life world) ของผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก และทำความเข้าใจว่า การมีหรือไม่มี “มดลูก” มีความหมายอย่างไรต่อผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก ที่ผู้หญิงเหล่านี้ต้องเผชิญและมีชีวิตอยู่กับการไม่มีมดลูก ประสบการณ์การรับรู้ปัญหา การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และการให้ความหมายต่อประสบการณ์การตัดมดลูกของผู้หญิงเป็นอย่างไร โดยใช้กระบวนการสื่อและถ่ายทอดออกมาด้วยภาษาและคำพูด ด้วยการบรรยาย การอธิบาย และการตีความจึงจะทำให้เราเกิดความเข้าใจ ซึ่งภาษาและคำพูดที่ถ่ายทอดออกมานั้นจะมีความแตกต่างกันไปตามภูมิหลังของผู้พูด ซึ่งภูมิหลังนั้นเข้าไปเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ความเชื่อที่หล่อหลอมผู้พูดให้รับรู้เฉพาะตน ที่ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญทุกถ้อยคำ และผู้วิจัยถือว่า การบรรยายและการตีความประสบการณ์ของผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก และมีชีวิตอยู่กับการไม่มีมดลูกเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกันอย่างแยกไม่ออก ซึ่งความรู้ที่ได้จากประสบการณ์เหล่านี้ เป็นความรู้ที่มีคุณค่าที่ผู้หญิงควรเปิดเผยออกมาให้สังคมรับรู้ เข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

นอกจากนี้ธรรมชาติความจริง/ความรู้ ไม่สามารถแยกจากคุณค่า ความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การให้ความหมายต่อการ มี/ไม่มีมดลูก การดำเนินชีวิตภายหลังการตัดมดลูกของผู้หญิงเหล่านี้มีความแตกต่างกันตามบริบท สังคม วัฒนธรรม ที่หล่อหลอมผู้คนแต่ละคนนำไปสู่ประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่าง ปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการตัดมดลูกของผู้หญิงแต่ละคนแตกต่างกัน และมีการเผชิญกับปัญหาที่แตกต่างกันด้วย บางคนปรับตัวอยู่กับชีวิตภายหลังการตัดมดลูกได้ ผ่านข้ามอุปสรรคมาได้ บางคนยังอยู่ในช่วงของการเผชิญปัญหา ต่อสู้กับปัญหาเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ การตัดสินใจ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นความรู้ความจริงที่มีค่าที่ได้จากผู้มีประสบการณ์ตรงของผู้หญิงแต่ละคน ความรู้เหล่านี้ต้องการเปิดออกที่จะต้องถูกนำมาพิจารณา ใช้เป็นพื้นฐานในการพยาบาลเพื่อดูแลสุขภาพของผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูกประกอบกัน

ความรู้ความจริงเกี่ยวกับ “การตัดมดลูก” ใครคือคนตัดสินใจ ผู้หญิงหรือผู้ให้การดูแลที่เป็นผู้รู้ว่าการตัดมดลูกจะดีกับผู้หญิงหรือไม่ “การมี/ไม่มีมดลูก” จึงมีความหมายต่อผู้หญิงต่างกันและมีความหมายต่อผู้ให้การดูแลแตกต่างกันด้วย การหล่อหลอมของวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมมีผลต่อแนวคิด ตัวตนของผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก และผู้ให้การดูแลแต่ละคนแตกต่างกัน ที่นำไปสู่การเป็นอัตลักษณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้หญิงควรเป็นผู้มีสิทธิต่อร่างกายของเธอและมีสิทธิที่จะเลือกสิ่งที่เหมาะสมสำหรับตนเอง เพราะผู้หญิงถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้และมีประสบการณ์ตรง (Harding, 1987 อ้างถึงใน Omery et al., 1995) ต่อปรากฏการณ์การถูกตัดมดลูก นอกจากนี้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สามี ครอบครัว ควรมีส่วนร่วมในการรับรู้และดูแลตามความต้องการ

ของผู้หญิง เนื่องจากผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูกมิได้มีผลกระทบต่อผู้หญิงเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อคู่ชีวิตที่เป็นเพศชาย และ/หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องด้วย เมื่อพิจารณาปัญหาผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูก ผู้ที่ให้การดูแลจะต้องตระหนักถึงความแตกต่างของผู้หญิงแต่ละบุคคล ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรม เพศภาวะ ที่ถูกกำหนดโดยโครงสร้างทางสังคม ทั้งบทบาทหน้าที่ ความเชื่อ การให้ความหมาย ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิง

3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพในการวิจัยทางการแพทย์

การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการแสวงหาความรู้วิธีการหนึ่งที่ว่าความจริงความรู้ถูกสร้างขึ้นที่มีความหลากหลาย ย่อมขึ้นอยู่กับผู้สร้างและบริบทที่สิ่งนั้นถูกสร้าง ประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูกเป็นความรู้ที่ถูกสร้างขึ้น โดยผู้หญิง ซึ่งการทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้หญิงจึงต้องทำความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้หญิงในบริบทวัฒนธรรมนั้นก่อน จึงจะนำไปสู่การเข้าถึงและทำความเข้าใจความรู้จากประสบการณ์นั้นได้ลึกอย่างลึกซึ้ง ดังนี้

3.2.1 การศึกษาชาติพันธุ์วรรณนา

การศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจในวัฒนธรรม ความเชื่อ พฤติกรรมมนุษย์ การดำเนินชีวิตและวิถีชีวิตของคน กลุ่มคนในสังคม วัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่ง ชาติพันธุ์วรรณนาเป็นการพรรณนาถึงวิถีชีวิตหรือวัฒนธรรมของคนอย่างลึกซึ้ง ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับวัฒนธรรมเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาที่เป็นข้อสันนิษฐานชี้แนะในการแสวงหาความรู้ที่เกิดจากการที่มนุษย์อยู่ร่วมกันเป็นสังคม มีวัฒนธรรมเฉพาะของตนจนเกิดเป็นแบบแผนของพฤติกรรมและความเชื่อเฉพาะกลุ่ม (Creswell, 2007; Denzin & Lincoln, 2005; กิติพัฒน์ นนทปัทมะกุล, 2546; ชาย โพธิธิตา, 2544)

การศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาเกิดขึ้นในสาขาวิชามานุษยวิทยา ในราวคริสต์วรรษที่ 19 และมีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้และลดข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นในการอธิบายความจริงที่ศึกษา รูปแบบการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนา มีนักทฤษฎีหลายท่านทำการจำแนกไว้หลากหลายรูปแบบแตกต่างกันไปตามการนำไปใช้ ต่อมา Creswell (2007) ได้จัดกลุ่มจำแนกชนิดของการศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ได้จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มแรก คือ การศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาตามความเป็นจริงที่มีอยู่ (The realist ethnography) ที่เป็นแนวทางการศึกษาที่เป็นธรรมเนียมทำสืบต่อกันมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์ โดยผู้วิจัยที่เข้าไปร่วมเรียนรู้ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่นั้นๆ จนเกิดความไว้วางใจ และผู้วิจัยทำการถ่ายทอดความรู้ออกมาด้วยการพรรณนาที่ปราศจากอคติจากสิ่งที่สังเกต



ได้หรือได้อินมา ตามความเป็นจริง ที่เป็นวิถีชีวิต ชีวิตประจำวัน วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ของผู้ที่เข้าไปศึกษา เช่น ชีวิตครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ชีวิตการทำงาน เป็นต้น

กลุ่มที่สอง คือ การศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาเชิงวิพากษ์ (The critical ethnography) ในระยะต่อมานักวิจัยหลายท่านได้นำทฤษฎีเชิงวิพากษ์เข้ามาใช้ร่วมในศึกษา ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับการตอบสนองจากสังคมที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจ ระบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ศักดิ์ศรี และสิทธิเสรีภาพ ให้กับกลุ่มที่ด้อยโอกาส ที่แตกต่างในชนชั้น เชื้อชาติ และเพศภาวะ ที่ผู้วิจัยหลายคนใช้เพื่อสะท้อนเสียงและสร้างพลังอำนาจจากคนกลุ่มที่ด้อยโอกาสที่ศึกษา โดยองค์ประกอบสำคัญของการศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาเชิงวิพากษ์รวมถึง การแสดงให้เห็นการแบกรับภาระอันมีค่า การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กลุ่มด้อยโอกาส สถานภาพที่ต่ำด้อยในสังคม และเน้นถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับอำนาจและการควบคุมทรัพยากร

การใช้การศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้เพื่อทำความเข้าใจวิถีชีวิตผู้หญิงที่ดัดมดลูก ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ระบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ชายหญิง ศักดิ์ศรี และ โอกาสของผู้หญิงในการทำงาน ในการควบคุมทรัพยากรและควบคุมเนื้อตัวร่างกายของตนที่นำไปสู่การมีประสบการณ์ชีวิตที่หลากหลายของผู้หญิงหลังดัดมดลูก

3.2.2 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา

คำว่า “ปรากฏการณ์วิทยา” Husserl (1857-1938) อธิบายว่าเป็น การศึกษาที่บุคคลอธิบายถึงสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะประสบการณ์ที่พวกเขามีต่อสิ่งนั้น โดยผ่านการรับรู้ของเขา นั่นก็คือ คนเราจะสามารถรับรู้ต่อสรรพสิ่งในโลกได้โดยผ่านการรับรู้ (perception) และการให้ความหมาย (Husserl, 1857-1938 cite in Struebert & Carpenter, 2003) โดยเริ่มจาก ความเข้าใจของเราต่อทุกๆ สิ่งจะมาจากประสบการณ์ที่เรารับรู้ต่อปรากฏการณ์ต่างๆ โดยประสบการณ์นั้นต้องผ่านการถ่ายทอดโดยการอธิบาย การพรรณนา การแปรความหมาย โดยไม่สามารถแยกส่วนจากกันได้ เป็นการถกทอร้อยเรียงเป็นกระบวนการเดียวกันจนเป็นเนื้อหา ข้อความรู้ออกมา

วิวัฒนาการของรากฐานการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีการเคลื่อนไหวแนวคิด และมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ 1)ระยะเริ่มแรกเป็นระยะที่วางรากฐานทางปรากฏการณ์วิทยา (1857-1938) ที่ได้รับอิทธิพลจาก Franz Brentano และ Carl Stumpf ผู้เป็นศิษย์ ได้แสดงให้เห็นเกี่ยวกับความเข้มงวดเชิงวิทยาศาสตร์ของปรากฏการณ์วิทยา และกล่าวถึงมโนทัศน์ของความเจตนา (intentionality) ที่การรับรู้ต้องเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกด้วย และโลกต้องมีการเชื่อมต่อของปรากฏการณ์ที่คาดหมายได้ล่วงหน้าอย่างรู้สติของตนเองและเป็นวิถีทางให้คนได้ตระหนักต่อสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองอย่างมีสติ 2) ระยะของเยอรมัน เป็นระยะที่สองของการเคลื่อนไหวของปรากฏการณ์วิทยา โดยมี ผู้นำ 2 ท่านคือ Edmund

Husserl (1857-1938) ได้รับขนานนามว่าเป็นบิดาของปรากฏการณ์วิทยา ท่านเป็นครูสอนคณิตศาสตร์ที่สนใจปรัชญา โดย Husserl เชื่อว่าปรัชญาควรเป็นศาสตร์ที่เข้มงวดที่ต้องสามารถสัมผัสกับความเป็นมนุษย์ได้อย่างลึกซึ้ง ปรากฏการณ์วิทยาคือพื้นฐานของทุกปรัชญาและทุกศาสตร์ ต่อมา Husserl ให้ความสนใจที่การมองปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับตัวตนอย่างแท้จริง โดยสนใจวิถีทางของปรากฏการณ์ที่เกิด อย่างที่มันเป็นอยู่และที่ตัวของมันเอง (turn to things themselves) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาบริสุทธิ์ (Pure phenomenology) ต่อมาศิษย์ของเขา คือ Martin Heidegger (1889-1976) ผู้มีพื้นฐานเดิมทางศาสนา ในช่วงแรกได้เจริญรอยตาม Husserl แต่มุ่งไปที่ผลลัพธ์ในงาน ต่อมา Heidegger ได้เปลี่ยนจุดเน้นไปที่ วิธีที่มนุษย์เป็นอยู่ การให้ความหมายและการตีความต่อปรากฏการณ์นั้น (the mode of human being) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (Hermeneutic Phenomenology) และ 3) ระยะของฝรั่งเศส ในระยะนี้มีผู้นำสำคัญได้แก่ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Sartre (1905-1980) และ Maurice Merleau-Ponty (1905-1980) มโนทัศน์เริ่มต้นของระยะนี้ คือการแสดงความเป็นตัวตน (embodiment) และการดำรงอยู่ในโลกมนุษย์ (being in the world) ด้วยความเชื่อว่าการกระทำใดๆ คือการสร้างพื้นฐานที่เกิดจากการรับรู้หรือการตระหนักที่เกิดขึ้นของปรากฏการณ์ และประสบการณ์ชีวิตต้องสามารถบรรยายได้ (Struebert & Carpenter, 2003, 2007)

แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเป็นพื้นฐานของการหาความรู้ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่สามารถให้ความกระจ่างในปรากฏการณ์ และเปิดเผยสิ่งที่ไม่รู้หรือถูกมองข้ามด้วยการค้นหาประสบการณ์ในปรากฏการณ์ และให้การพรรณนาอย่างละเอียดและตัวอย่างที่เผยให้เห็นความเข้าใจที่เป็นไปได้ ปรากฏการณ์วิทยาให้ความหมายของสิ่งที่ฝังตรึงในสถานการณ์มากกว่าการอ้างอิง หรือระบุนสาเหตุ ผลของความรู้จึงเหมาะสมกับปรากฏการณ์ทางการแพทย์ โดยช่วยให้พยาบาลเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น การวิจัยทางการแพทย์ด้วยปรากฏการณ์วิทยาจึงน่าสนใจ เพราะสะท้อนถึงค่านิยมและความเชื่อที่เกิดขึ้นในการพยาบาล ด้วยการตั้งคำถามเพื่อสำรวจสิ่งที่มีความสำคัญต่อการพยาบาล ชนิดของคำถามทางการแพทย์มุ่งเน้นที่ประสบการณ์ที่เข้าใจได้จากปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจ็บป่วย การรักษาและการดูแล จากมุมมองทั้งผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล

ทั้งแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาและปรากฏการณ์ทางการแพทย์เกี่ยวเนื่องกับความเชื่อของบุคคล และความสัมพันธ์ของเขากับสิ่งแวดล้อม ปรากฏการณ์วิทยาเสนอให้เห็นวิธีวิทยาการวิจัยที่เป็นคุณค่าภายในตัวมนุษย์ และมุมมองแบบองค์รวมต่อประสบการณ์ความสามารถของบุคคลที่รับรู้ได้ และสะท้อนคิด ตีความต่อประสบการณ์นั้น นอกจากนี้ความตระหนักถึงความต้องการเพื่อการเปลี่ยนแปลง เมื่อสถานการณ์นั้นเปลี่ยนแปลงไม่หยุดนิ่งและถูก

ตรวจสอบ ซึ่งปรากฏการณ์วิทยาช่วยให้แนวทางในการค้นพบ และยังให้วิธีการประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลทางการพยาบาลในประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลของปรากฏการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตและการดำรงอยู่ เช่น งานวิจัยของ Elson (2004) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงที่ตัดมดลูก และการให้ความหมายเกี่ยวกับมดลูกของผู้หญิงเพื่อเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจอัตลักษณ์ทางเพศภาวะของผู้หญิง ด้วยวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ส่วนการศึกษาของ O'Mahony (2001) ได้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงที่ผ่าตัดเต้านมด้วยวิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ เพื่ออธิบายถึงการรับรู้ต่อการให้ความหมายต่อประสบการณ์การผ่าตัดเต้านม ที่มีผลต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของผู้หญิง เพื่อสร้างความเข้าใจให้มากขึ้น ที่พยาบาลสามารถสนองตอบตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ทั้งการศึกษชาติพันธุ์วรรณนาและการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างหนึ่ง ที่มีวิธีการดำเนินการวิจัยโดยทั่วไปคล้ายกับวิธีการเชิงคุณภาพอื่นในทุกขั้นตอน แต่ต่างกันตรงที่จุดยืนและจุดเน้น โดยการศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาเน้นการทำความเข้าใจวัฒนธรรม ความเชื่อและวิถีชีวิต ส่วนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเน้นที่การศึกษาประสบการณ์ชีวิตและการให้ความหมาย การตีความ การสืบค้นความหมายที่อยู่เบื้องหลังของประสบการณ์นั้นของคนแต่ละคน ที่มีผลของการหล่อหลอมของสังคมวัฒนธรรมเข้ามามีผลต่อประสบการณ์นั้นด้วยเสมอ

4. สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ด้วยการทบทวนวรรณกรรม

ผลของการศึกษาประเด็นเกี่ยวกับการตัดมดลูก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูกส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การดูแลในระยะสั้น ได้แก่ การดูแลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ที่ช่วยลดปัญหาสุขภาพที่คุกคามชีวิตและอาการทุกข์ทรมาน และการฟื้นฟูหลังผ่าตัด โดยเร็ว เสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ซึ่งส่วนใหญ่มีการติดตามผลจากการผ่าตัดช่วง 0-1 ปี การติดตามผลในระยะยาวเริ่มมีการศึกษามากขึ้นในต่างประเทศ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา สำหรับในประเทศไทยไม่มีการศึกษาติดตามผลผู้หญิงที่ตัดมดลูกในระยะยาว กิจกรรมการดูแลมีการจัดทำขึ้นมาจากความรู้ทางกายภาพ สรีรวิทยา และพยาธิสภาพของโรคเป็นหลักสำคัญ

ด้วยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันชัดเจนว่า การสูญเสียมดลูกมีความสัมพันธ์กับเพศภาวะและส่งผลถึงสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของผู้หญิงในระยะยาว เรื่องเพศภาวะเป็นเรื่องของสังคมวัฒนธรรม ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับเพศภาวะกับการตัดมดลูกที่ได้จากการศึกษา ในสังคมตะวันตก จึงไม่สามารถที่จะนำมาใช้ได้ทั้งหมดแต่สามารถชี้แนะแนวทางศึกษาได้ ดังนั้นในสังคมไทยจึงมีความต้องการความรู้ที่มาจากประสบการณ์ของผู้หญิงไทย และ “เสียง” ที่ได้จากการศึกษาประสบการณ์นี้

จะเป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจผู้หญิงและนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้หญิงที่ได้รับการตัดมดลูกที่เหมาะสมกับสังคมไทยต่อไป ซึ่งศาสตร์ในการศึกษาทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตจะต้องใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้จึงเลือกใช้ แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาในการศึกษา โดยอธิบายวิธีการศึกษาดังรายละเอียดในบทต่อไป